



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN**

**“PROBLEMÁTICA A LA QUE SE ENFRENTA EL  
ASEGURADO QUE HA ACTUADO DE BUENA FE,  
AL QUERER HACER VALIDO SU SEGURO DE  
VIDA Y/O DE GASTOS MÉDICOS.”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A :  
MÓNICA CARMEN FABIÁN MONTELLANO**



**ASESOR: LIC. JULIO CÉSAR MORALES ROJAS**

**ESTADO DE MÉXICO**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis se las dedico a todos aquellos que han sido parte de mi vida en todos sus aspectos, entre ellos:

### **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO C.C.H AZCAPOTZALCO FES ARAGÓN**

*Por haberme abierto las puertas a una excelente enseñanza, gracias profesores por haberme formado y legado sus conocimientos.*

### **AL LICENCIADO JULIO CÉSAR MORALES ROJAS**

*Por su tiempo, comprensión y apoyo para la instrucción del presente trabajo.*

### **A MIS PADRES: CARMEN MONTELLANO MAZAS Y JUAN FABIÁN AMAYA**

*Por ser lo más grande que la vida me ha dado, ya que gracias a los regaños, consejos, esfuerzo de mi mami y a la enseñanza al trabajo de mi papi, así como al amor, paciencia, preocupación que me han brindado, ha sido posible la realización de éste trabajo, los amo.*

### **A MIS HERMANOS: PINA, HUGO, ISAIAS, FAUSTO, THELMO, JUAN, JULY, CLAUS, Y SUS RESPECTIVAS FAMILIAS**

*Gracias hermanos por haber sido siempre mis protectores y todos de alguna manera ser unos segundos padres, ya que debido a sus consejos, apoyo y sobre todo al inmenso amor que nos tenemos fue posible dar un paso más.*

*A mis cuñados (as) por el apoyo que me han brindado, gracias Arturo por ser como un hermano para mi.*

*A todos mis sobrinos gracias por su cariño.*

**A MIS QUERIDAS SOBRINAS:**

**ANA, MARTHA, NELLY**

*Gracias por su tiempo y consejos para la elaboración de este trabajo.*

**A MIS AMIGOS:**

*Que siempre han creído en mí, preocupados por apoyarme con sus palabras de aliento y actitudes para seguir adelante aunque se presenten adversidades.*

**A LOS LICENCIADOS:**

**DIANA BARRIONUEVO REGALADO Y  
JUAN CARRANZA HERNÁNDEZ**

*Por haber creído en mí como profesional, gracias Dianis por tu tiempo, esfuerzo y consejos para la elaboración del presente trabajo.*

**A LA SEÑORITA NORMA GARDUÑO  
PARRA**

*Gracias por tu apoyo, espero y formemos un excelente equipo de trabajo.*

**PROBLEMÁTICA A LA QUE SE ENFRENTA EL ASEGURADO QUE HA ACTUADO DE BUENA FE, AL QUERER HACER VÁLIDO SU SEGURO DE VIDA Y/O DE GASTOS MÉDICOS.**

**INTRODUCCIÓN. .... I**

**CAPÍTULO PRIMERO**

**ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO**

**1.1. El seguro en la Edad Antigua.....1**  
    **1.1.1. Asirios Persas y Hebreos.....2**  
    **1.1.2. Grecia y Rodas.....3**  
    **1.1.3. Roma.....4**  
**1.2. El seguro en la Edad Media.....7**  
    **1.2.1. Las Gildas.....8**  
    **1.2.2. España.....9**  
    **1.2.3. Francia.....15**  
**1.3. El seguro en la Edad Moderna. ....18**  
**1.4. El seguro en México. ....18**  
**1.5. Regulación jurídica del contrato de seguro en México... 23**

**CAPÍTULO SEGUNDO**

**DESARROLLO CONCEPTUAL DEL CONTRATO DE SEGURO**

**2.1. Concepto del contrato de seguro. ....26**  
**2.2. Definición del contrato de seguro. ....28**  
    **2.2.1. En la Doctrina.....28**  
    **2.2.2. En la Ley. .... 29**  
**2.3. Características del Contrato de Seguro. ....31**  
    a) Bilateral.....31

b) Oneroso.....	32
c) Aleatorio.....	32
d) Nominado y típico.....	32
e) Consensual. ....	33
f) De tracto sucesivo.....	33
g) Principal.....	33
h) De adhesión.....	33
i) De buena fe.....	36
<b>2.4. Elementos esenciales del contrato de seguro. ....</b>	<b>37</b>
<b>2.4.1. Consentimiento. ....</b>	<b>37</b>
<b>2.4.1.1. Aseguradora. ....</b>	<b>37</b>
<b>2.4.1.2. Tomador de seguro (proponente).....</b>	<b>38</b>
<b>2.4.1.3. Diferencias entre tomador del contrato de seguro y                 asegurado. ....</b>	<b>40</b>
<b>2.4.2. Objeto. ....</b>	<b>41</b>
<b>2.4.2.1. El riesgo. ....</b>	<b>42</b>
<b>2.4.2.1.1. Características del riesgo. ....</b>	<b>43</b>
<b>2.4.2.1.2. Elementos esenciales del riesgo. ....</b>	<b>45</b>
<b>2.4.2.2. La prima. ....</b>	<b>48</b>
<b>2.5. Elementos de validez del contrato de seguro. ....</b>	<b>50</b>
<b>2.5.1. Capacidad. ....</b>	<b>50</b>
<b>2.5.2. Ausencia de vicios en el consentimiento. ....</b>	<b>51</b>
<b>2.5.3. La licitud. ....</b>	<b>55</b>
<b>2.6. Operaciones y ramos del contrato de seguro. ....</b>	<b>56</b>

## **CAPÍTULO TERCERO**

### **SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

<b>3.1. Naturaleza del seguro de vida y de gastos médicos. ....</b>	<b>59</b>
<b>3.2. Concepto de seguro de vida. ....</b>	<b>60</b>
<b>3.3. Modalidades del seguro de vida. ....</b>	<b>60</b>

3.3.1. Seguro en caso de sobrevivencia. ....	60
3.3.2. Seguro en caso de fallecimiento. ....	62
3.3.3. Seguro mixto. ....	63
3.4. Beneficios por reducción de edad, otorgados en el seguro de vida. ....	63
3.5. Beneficio adicional por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas, otorgados en el seguro de vida.....	64
3.6. Exclusiones para las coberturas adicionales contratadas en el seguro de vida. ....	64
3.7. El beneficiario en el seguro de vida. ....	66
3.8. Seguro de Gastos Médicos. ....	67
3.8.1. Clases de asegurados en el seguro de gastos médicos. ....	68
3.8.2. Apertura de los contratos de gastos médicos. ....	69
3.8.3. Participación del asegurado en el monto del siniestro en el seguro de gastos médicos. ....	70
3.8.4. Gastos cubiertos en el seguro de gastos médicos. ....	70
3.8.5. Gastos cubiertos con período de espera en el seguro de gastos médicos.....	75
3.8.6. Gastos no cubiertos en el seguro de gastos médicos. ....	76
3.9. Ramos de contratación de seguro de vida y de gastos médicos. ....	78

## **CAPÍTULO CUARTO**

### **PROPUESTA PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE RECHAZOS POR PAGO DE INDEMNIZACIÓN, POR SUPUESTAS OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES Y PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.**

4.1. Celebración del contrato de seguro de vida y de gastos médicos. ....	81
4.1.1. Perfeccionamiento del contrato de seguro de vida	

y de gastos médicos. ....	84
<b>4.1.2.</b> Iniciación de vigencia del contrato de seguro de vida y de gastos médicos. ....	86
<b>4.2.</b> Contratación del contrato de seguro por cuenta de tercero. ....	86
<b>4.3.</b> El siniestro. ....	87
<b>4.4.</b> Análisis de los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. ....	91
<b>4.5.</b> Análisis del artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	106
<b>4.6.</b> Propuestas para disminuir las omisiones e inexactas declaraciones en las que pudiese incurrir un proponente de un seguro de vida y/o de gastos médicos. ....	112
<b>4.7.</b> Ventajas de las propuestas planteadas.....	117
 <b>CONCLUSIONES</b> .....	 119
 <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	 124



## I N T R O D U C C I Ó N

Antes de iniciar con la explicación de cual fue la causa que me incitó a realizar el presente trabajo de investigación, debo hacer una pauta para aclarar a los lectores y para el efecto de no llevarlos a una confusión que, si bien es cierto que el título del presente se denomina “problemática a la que se enfrenta el asegurado que ha actuado de buena fe, al querer hacer válido su seguro de vida y/o de gastos médicos”, también lo es, que el beneficiario del asegurado juega un papel muy importante dentro del seguro de vida en su modalidad de muerte, ya que en este caso, es el beneficiario quien se enfrenta a una problemática frente a la compañía aseguradora, al querer hacer válido el seguro de vida que le fue otorgado, circunstancia a la que si se hizo alusión en el desarrollo del presente trabajo, sin embargo, no debemos pasar por alto que en la actualidad el seguro de vida ha ido evolucionando de tal manera que éste cubre entre otras la incapacidad total o permanente en que pudiese verse afectado el propio asegurado, y en éste caso la persona quien tiene derecho al pago del seguro y quien se enfrente en ocasiones a una problemática al querer hacer válido su seguro, no es el beneficiario sino el propio asegurado, a continuación expondré las causas que me llevaron a elegir el presente tema.

El presente trabajo de investigación surgió debido a la experiencia que he tenido como pasante en derecho, ya que en los seis años que llevo laborando, me llamó la atención que existe una gran controversia entre las compañías aseguradoras y los asegurados, respecto del pago de indemnización en los seguros de vida y de gastos médicos; en particular en los supuestos de omisiones e inexactas declaraciones y padecimientos preexistentes en que supuestamente incurre el proponente de un seguro, ya que cuando sucede el siniestro y el asegurado o beneficiario en su caso, pretenden hacer válido el cobro del seguro,

la compañía aseguradora hace valer su derecho de rescisión argumentando que el asegurado no actuó de buena fe al requisitar el cuestionario médico que le fue formulado; por lo tanto, dice que el asegurado incurrió en omisiones e inexactas declaraciones al responder dicho cuestionario.

No debe pasarse por alto que en materia de seguros, la compañía aseguradora es considerada la parte más fuerte, ya que de cierta manera es la que sale ganando si dentro de la vigencia del contrato de seguro no sucede el siniestro amparado, y la parte más débil es la persona que se acerca a la compañía aseguradora a proponerle la celebración de un contrato de seguro de vida y/o de gastos médicos, con la intención de quedar asegurado económicamente, respecto de un evento inesperado como sería la muerte, un accidente o enfermedad, con la certeza de que si se da cualquiera de estos sucesos la compañía aseguradora responderá con el pago de la indemnización pactada y de esta manera, ni el proponente ni su familia se verán afectados en su patrimonio. Cuando la empresa aseguradora acepta asegurar al proponente que ha actuado de buena fe, éste se siente tranquilo porque piensa que él y su familia cuentan con un respaldo, sin imaginar que al suceder el siniestro la compañía aseguradora en la cual creyó y de cierta manera invirtió, se va rehusar a pagar la indemnización correspondiente y mucho menos se imagina que su contrato será rescindido por omisiones e inexactas declaraciones o por padecimientos preexistentes.

Si bien es cierto que el contrato de seguro es considerado de buena fe, característica que hace que el proponente de un seguro se encuentre obligado a declarar a la compañía aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, y que la compañía aseguradora se encuentra facultada para rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones en que haya incurrido el proponente al requisitar el cuestionario que le fue formulado, existen supuestos en que el proponente de un contrato de seguro de vida y/o de

gastos médicos aunque actúa de buena fe, le es rescindido su contrato. Estos casos se dan principalmente porque los cuestionarios no son claros, ya que nunca se le pregunta al proponente de un seguro las enfermedades de su niñez, o porque el proponente al requisitar el cuestionario médico no sabía que estaba enfermo, porque su enfermedad era asintomática o porque manifestó en el cuestionario una enfermedad que tenía la sintomatología de diversas enfermedades.

En este trabajo de tesis se pretende proteger al asegurado pero al mismo tiempo a la empresa aseguradora, poniendo a ambas partes en un plano de igualdad, toda vez que la Ley Sobre el Contrato de Seguro no hace alusión en qué casos es necesario la práctica de un examen médico a un proponente de seguro, en tal virtud; se propone que se practique examen médico obligatorio a toda persona que pretenda celebrar un contrato de seguro, siempre y cuando ésta haga del conocimiento de la empresa aseguradora a través del cuestionario relativo que ha padecido o tiene cierta enfermedad o determinada sintomatología, aunque dicha enfermedad o sintomatología sea aparentemente insignificante para la empresa aseguradora; asimismo, se propone que el cuestionario médico que le es formulado a un proponente de seguro sea más amplio y claro. Con esta propuesta, la persona aseguradora y que actuó de buena fe tendría la certeza de que si se llegase a dar el evento amparado en la póliza del seguro, él o sus beneficiarios cobrarán el pago de la indemnización correspondiente y de la misma forma la empresa aseguradora sabría realmente el riesgo que está asumiendo, al haber practicado en su momento un examen médico al asegurado.

El primer capítulo, titulado Antecedentes Históricos del Contrato de Seguro, trata de como surgió el seguro en la Edad Antigua y como ha avanzado hasta la época actual.

El segundo capítulo, comprende el marco conceptual del contrato de seguro, en el cual se incluye la definición del contrato de seguro, así como sus características y elementos principales.

En el tercer capítulo abordaremos en especial al seguro de vida y de gastos médicos, qué beneficios existen en este tipo de seguros y qué gastos cubren los mismos.

El cuarto y último capítulo se refiere a la celebración del contrato de seguro de vida y de gastos médicos, al siniestro y a cuestionamientos que hacemos en relación a la interpretación del artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual, en ocasiones es interpretado por las compañías aseguradoras a su beneficio y en perjuicio de la parte más débil que es el proponente de un seguro. Por lo anterior, en este trabajo de investigación y análisis sugerimos una serie de propuestas que estamos seguros le pueden servir, tanto al asegurado como a las compañías aseguradoras, para evitar en lo posible que un proponente, de seguro de vida y/o de gastos médicos incurra en omisiones e inexactas declaraciones al requisitar el cuestionario que le es formulado por la compañía aseguradora. En este trabajo de investigación se ocupó el método descriptivo y analítico, ya que se realizó un análisis exhaustivo de los artículos 8, 47 y 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **CAPÍTULO PRIMERO**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO**

#### **1.1. EL SEGURO EN LA EDAD ANTIGUA**

En la época antigua hubo manifestaciones del seguro que fueron utilizados en algunos pueblos de la antigüedad para la transmisión y conservación de sus bienes, o bien, para la reparación de las pérdidas ocasionadas por los riesgos de aquellos tiempos.

En la India, Egipto, Fenicia, Cartago, Grecia y Roma era completamente desconocida la institución del seguro, lo que provocaba que los bienes quedaran sin protección alguna cuando se presentaban desastres originados por casos fortuitos o causas de fuerza mayor –guerras, incendios, tempestades, etc.– por lo que el hombre al toparse con una serie de peligros, siente la necesidad de buscar alternativas de ayuda mutua que le permitan superar su indefensión como individuo aislado. Ante los riesgos que lo circundan encuentra en la familia el primer brote de ayuda mutua.

El grupo familiar era el único grupo social, y el individuo era auxiliado y apoyado por sus componentes, si un miembro de la familia quedaba imposibilitado para el trabajo los integrantes de la familia lo sostenían.

Los riesgos aún eran pocos y la producción se limitaba a las necesidades del consumo inmediato; sin embargo, los daños causados por casos fortuitos generó el conocimiento del riesgo que se podía correr. Para poder soportarlo los hombres se constituyeron y fueron formando la sociedad, naciendo de esta manera la idea de la asociación que lleva implícita la observación de ciertos hechos sociales que vendrían con posterioridad a fincar la idea del seguro. Resulta importante destacar que ni la previsión, ni la asistencia, ni la asociación engendran el seguro, sino que éste surge después de mucho tiempo y por otras causas.

### 1.1.1. ASIRIOS, PERSAS Y HEBREOS

Los asirios, persas y hebreos se dedicaban principalmente al comercio marítimo y terrestre, pero no eran practicantes del seguro. En Mesopotamia existieron dos grandes imperios –territorio en el que actualmente se encuentran Irak y Siria– los cuales fueron dominados por los persas, dando como consecuencia, la desaparición de la cultura. El Imperio persa –hoy Irán– caracterizado por ser un pueblo bárbaro y guerrero, se extendió con rapidez sometiendo bajo su yugo a todos los países del Asia Menor.

Según refiere Benítez de Lugo:

El texto del *Talmud de Babilonia* nos ofrece los seguros practicados por los hebreos, los cuales, en cierto sentido, hacían uso diario del seguro. En efecto, cuando uno de los borriqueros reunidos en caravana, uno de ellos perdía un animal sin que hubiese falta o negligencia de su parte, se le reparaba el daño sufrido, entregándole otro asno o cargo de la masa común. Esta reparación, dice el texto del *Talmud*, debía hacerse en especie y nunca en dinero.<sup>1</sup>

Además, en el texto del Talmud según Benítez de Lugo se señalaba que cualquier peligro era afrontado de manera común y en caso de que se presentaran

---

<sup>1</sup> BENÍTEZ DE LUGO, Reymundo Luis, *Tratado de Seguros*, Volumen I, Editorial Reus, Madrid, 1955, P. 52.

tormentas de arena, los componentes de la caravana manifestaban su conformidad en sacrificar lo propio para salvar la vida de todos.<sup>2</sup>

### 1.1.2. GRECIA Y RODAS

Grecia, pueblo descendiente de la raza indoeuropea en la que floreció la Ciudad de Rodas (Rosas), célebre por su marina mercante y por sus leyes marítimas, inició su comercio en el siglo IX antes de C., abarcando Egipto, el Sur de Italia y a Sicilia, llegando a regir el comercio mediterráneo. Hacia el año 408, Rodas disponía en su capital de un gran puerto, incorporándose así a la serie de los grandes Estados griegos, favoreciendo su comercio y riqueza a la fundación de Alejandría.

Según Haralambidis, en la Recopilación de las leyes de Rodas, conocidas con el nombre de “Las Basiliscas”, publicadas en el siglo VIII antes de C., bajo el reinado del Emperador León Ysaurio, se encuentra el origen de la avería común y seguro mutuo, “antecedentes en los cuales los propietarios del buque formaban parte de la dotación del mismo; eran al mismo tiempo dueños del cargamento y todos iban a bordo, y como los peligros eran enormes, surgió entre ellos la idea de asegurarse mutuamente”.<sup>3</sup>

En el derecho marítimo de Grecia y Rodas se regula la llamada *echazón*, que constituye la acción más típica practicada en casos de avería gruesa o común y “consistía en arrojar al mar algunos objetos o mercaderías cargadas en la nave, a fin de aligerarla y darle mayor flotabilidad, en casos de tempestad, varadura o peligro, o para eludir la persecución de corsarios o piratas. Se denominaba *echazón* tanto a la operación en si como a la mercadería arrojada por la que se establece y protege la avería común”.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> *Ibídem.* P. 52.

<sup>3</sup> *Ibídem.* P. 54.

<sup>4</sup> Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo IX, Editorial Driskill, Argentina, 1979, P. 608.

En la Grecia Clásica se encuentra la asociación llamada *Eranoi* (escote, cotización), la cual tenía como fin el socorro de los necesitados de asistencia mutua, en la que a los socios pudientes se les exigía el auxilio para los socios desvalidos, realizando su función social mediante un fondo común, sostenido con la contribución periódica de los todos los asociados.

También en Grecia existieron asociaciones llamadas *sunedrias* y *hetairias*, las cuales eran sociedades mutualistas que tenían por objeto el socorro recíproco de los ciudadanos para el caso de que se vieran necesitados, con la obligación, por su parte del socorrido, de contribuir, a su vez, cuando mejorare su fortuna.

En consecuencia, se aprecia el nacimiento del seguro de daños y se puede afirmar que frente a la adversidad y sus consecuencias, surge la idea de solidaridad entre las personas expuestas al mismo riesgo, estableciéndose ya entre ellos el reparto o distribución de las pérdidas o perjuicios que deja un siniestro, tempestad o presa de enemigos o piratas, sufrida por uno de los componentes del grupo social y aun cuando no se regula el seguro, se fijan obligaciones que establecen una mutualidad para indemnizaciones de perjuicios causados por accidentes.

### **1.1.3. ROMA**

En Roma existieron asociaciones de militares que con una cuota de entrada bastante elevada tenían derecho, en caso de cambio de guarnición, a una indemnización de gastos para viaje y un capital para el caso de retiro; en caso de muerte este derecho era otorgado a sus herederos. También existieron asociaciones constituidas entre artesanos que garantizaban a sus miembros, mediante una insignificante cuota de entrada y una cotización periódica mínima, una sepultura y funerales apropiados, así como la asistencia de un cierto número de personas a las exequias. De igual modo, los artesanos se agruparon en corporaciones que ofrecían asistencia, seguridad y protección, a través de un



fondo constituido por subvenciones que proporcionaba el Estado; beneficios que procedían de ciertos trabajos y herencias de los socios muertos *Ab Intestato*.

También existieron contratos por los cuales una persona asumía las consecuencias de un riesgo corrido, sin que se empleara la palabra seguro, por ejemplo, existía el contrato denominado "*si navis ex Asia veneris*", por medio del cual se prometía una suma de dinero en caso de feliz arribo de una nave, en el que el riesgo no es más que una condición y no el objeto principal del contrato.

La "*fidejussia indemnitas*" es considerada como antecedente del seguro, desde el punto de vista de la solvencia, ya que en ella podía realizarse un verdadero desplazamiento del riesgo asumido para el caso de incumplimiento de una obligación de pago.

También existió "el préstamo a la gruesa, llamado "*nauticum foenus*" (*pecunia trajecticia*), de donde se generó el Contrato de Mutuo y en el que el riesgo no era más que un accesorio del contrato de préstamo; éste consistía en que el propietario de una nave tomaba a préstamo ordinario de un banquero en el puerto de salida, una suma igual al valor de la mercancía que transportaba, pactándose que en caso de feliz arribo, el prestatario reembolsaría el capital, con un importante interés, y en caso de naufragio, el prestatario no debería nada, ni capital ni provecho marítimo. Según Benítez de Lugo:

Era una operación de crédito en la que el prestamista corría el riesgo de perder totalmente la suma prestada, era todo lo contrario del seguro, en razón a que la entrega anticipada de la indemnización y del pago de la prima condicionada por el siniestro, en el momento de la restitución de la suma prestada, son elementos opuestos al mecanismo del seguro.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> BENÍTEZ DE LUGO, Reymundo Luis. Ob. Cit. P. 57.

Según el autor Santos Amilcar: el Contrato de Préstamo a la gruesa es un antecedente del contrato de seguro, en virtud, de que en él aparecen unidos los intereses adeudados por el mutuuario y el premio del riesgo, pagándose la indemnización no anticipadamente sino hasta cuando ocurriese el siniestro, viéndose con esto ya más claro el carácter del seguro.

En Roma también se conoció la institución de previsión, aplicando un criterio científico, ya que fue aquí donde se elaboró la primera tabla de mortalidad por el famoso jurisconsulto Ulpiano en el siglo III A.C.

También se dio validez a las estipulaciones *cum moriar* o contratos sobre la vida, que sólo tenían en común con el actual seguro el resultado, o sea, el pago de una suma de dinero a los herederos del contratante.

Aun cuando en Roma no existía el seguro en los usos comerciales, en virtud de que faltaba el precio de la prima, elemento sin el cual no puede haber contrato de seguro, se puede decir que ya se presentaba el fundamento del seguro llamado riesgo.

En la legislación romana, fue prohibido el seguro sobre la vida de las personas, porque se consideraba que un cuerpo libre no podía ser estimado en dinero, situación que cambió posteriormente en la Edad Media cuando el actor de un homicidio debería remediar su falta pagando una cantidad en concepto del precio de la sangre a los parientes de la víctima quienes, incluso, llegaron a fijar la suma a pagar; sin embargo, en Roma esta regla tenía una excepción con los esclavos quienes sí podían ser tasados en un precio, sobre el que repercutían las cicatrices y deformidades que tuviera el esclavo al momento de valorarlo.

## 1.2. EL SEGURO EN LA EDAD MEDIA

El seguro necesitaba para nacer y desenvolverse un comercio libre y sin límite, ya que por tratarse de una institución eminentemente social, requería de la relación pacífica y tranquila entre los hombres quienes de acuerdo a sus intereses se vieron en la necesidad de prevenir los riesgos a que estaban expuestos.

El sistema feudal que surgió del seno de la barbarie como régimen de propiedad territorial, la incertidumbre y estado precario de la sociedad que se encontraba expuesta al asalto y depredación del vecino enemigo, fueron situaciones que impedían la apreciación del riesgo para poder establecer el monto de la prima, además porque aislados y separados los hombres por múltiples soberanías, sin relaciones jurídicas y sociales entre ellos, no se ponían de acuerdo para establecer una garantía contra los efectos de esos sucesos dañosos y perjudiciales para su persona o sus bienes.

Desde que la propiedad se estableció, el espíritu de asociación se hizo sentir, obligando a los señores feudales a respetar estas agrupaciones entre siervos; solidaridad que engendró la emancipación de los municipios, constituidos como comunidad de familia para el cumplimiento de todos los fines sociales, que habían sido ofuscados con la invasión de los bárbaros, conociéndoseles con el nombre de consejos, los cuales representaban al pueblo.

Con la creación del régimen municipal se debilitó el feudalismo, surgiendo la gran clase popular, despertándose en ella el espíritu comercial, generalizándose las ferias y mercados, dando nacimiento a los gremios quienes poseían un espíritu de comunidad de intereses de la nueva clase, del espíritu corporativo y de asociación inculcado por el cristianismo. Las corporaciones, como la de los artesanos, alcanzaron su madurez en el siglo XIII siendo las ordenadoras de la actividad económica dando cauce para la vida del trabajo.

Por lo anterior, se puede afirmar que el seguro fue desconocido hasta el día en que se dividió la propiedad y el comercio se extendió por todas partes, fue entonces cuando los pueblos se dedicaron celosamente a aumentar su patrimonio y pudieron apreciar el gran poder de asociación para cubrir los riesgos que pudieran afectarlo.

Con la caída del feudalismo y con el nacimiento del comercio surge la necesidad del seguro. El Seguro Marítimo, compañero inseparable del comercio, surge a finales del siglo XIII antes que el Terrestre porque el concepto de riesgo era más fácil de precisar debido a los evidentes peligros del mar y aparece ante el temor de perder los frutos de la economía o la esperanza de una próxima fortuna.

### **1.2.1. LAS GUILDAS**

Las guildas eran “asociaciones de defensa mutua y religiosa, que no tenían carácter comercial, pero presentaban características similares, a las que tienen en la actualidad las empresas de seguros.”<sup>6</sup>

Las Guildas de mercaderes y artesanos aparecen a partir del siglo IX D.C., en Inglaterra, sus integrantes cada mes se reunían a discutir intereses comunes.

Los cofrades de la Guilda, aliviaban los males que pudieran sufrir los asociados, se juramentaban para asistirse mutuamente en caso de enfermedad, incendio, o por viaje. Los gastos que comprendían las instituciones de beneficencia de la cofradía eran los de alimentación de las personas mayores, y de inhumación, entre otros.

A partir del siglo XI en Inglaterra, Alemania y Francia, la institución de la Guilda tomo un carácter profesional; limitada hasta entonces a intereses personales o propiamente religiosos, transformándose posteriormente en

---

<sup>6</sup> HALPERIN, Isaac, *Seguros* (Actualizado por Juan Carlos F. Morando), Tomo I, Segunda Edición, Editorial Depalma, Buenos Aires, 1991, P. 1.

corporaciones teniendo como misión fundamental la de organizar y regular el trabajo, guardando siempre la más estrecha solidaridad entre sus miembros y socorriendo a los que fueran víctimas de algún accidente o calamidad.

Las Guildas se caracterizaban por constituir asociaciones de asistencia, cuyos miembros prometían bajo juramento auxiliarse entre sí en todos los peligros y accidentes de la vida; cada sociedad tenía un fondo común, formado por aportaciones anuales de los asociados el cual era destinado al socorro de éstos cuando estuviesen necesitados.

### 1.2.2. ESPAÑA

En España surge el cooperativismo como un movimiento propio social, derivado del régimen municipal apareciendo en él las corporaciones gremiales que unieron a su carácter profesional el de asociación de socorro mutuo, a todas ellas iba unida una cofradía que al realizar prácticas religiosas, practicaban la caridad, constituyendo los principios de una verdadera sociedad de seguros y de socorro mutuo, sobre todo en caso de enfermedad, e inclusive para pagar gastos funerarios.<sup>7</sup>

Los principales antecedentes en España se encuentran en:

- Los *collegia funeralitia* que procuraban sepultura gratuita a sus asociados.
- Los monasterios asociaciones religiosas que practicaban la caridad distribuyendo limosnas y visitando a los enfermos.

---

<sup>7</sup> BENITEZ DE LUGO, Rodríguez Félix, *Legislación Comparada de Seguros*, Editorial Reus, Madrid, 1942, P. 72.

- Las cofradías gremiales que procuraban alivio y socorro a los necesitados, asistencia en enfermedades, pensiones en caso de vejez e inutilidad, practicando la previsión.
- Los *juros y censos* contenían los principios de las rentas vitalicias, perpetuas o limitadas, concedidas por los reyes.
- Los montepíos que nacen cuando se prohíben las cofradías en 1763 y son formados por las rentas de éstas.

En el siglo XVII aparecieron asociaciones llamadas *anaitasunas* en las provincias de Vizcaya y Guipúzcoa, basadas en la honradez y conocimiento recíproco de los trabajadores vecinos, garantizando sus obligaciones por la simple palabra ante los *jounak*. De esta forma, se aseguraba ganado, en cantidad pequeña y de la misma raza en su mayoría, por lo que, solo se tomaba en cuenta el número de cabezas de ganado señalándose para el pago del daño sufrido un número equivalente al número de cabezas aseguradas. En caso de pérdida, se le notificaba al mayordomo quien convocaba a los asociados y una vez comprobada la muerte de las reses, se valoraba el daño y cada integrante entregaba la cantidad fijada por el mayordomo, quien a su vez la entregaba al socio dañado.

Si la causa del accidente o muerte del animal permitía el aprovechamiento de la carne, esta se repartía entre los socios en proporción al número de cabezas que tenían aseguradas, perteneciendo al dueño del animal su piel y, quedando obligado a corresponder con pan y vino a sus compañeros.

En el siglo XVI, en Barcelona se reguló por primera vez el seguro, en el documento denominado *Capítulos de las Cortes*, convocadas en Tortosa el 15 de diciembre de 1412 por el Rey Fernando, prorrogadas para el 19 del mismo mes y año, en las que se regula minuciosamente el seguro contra la huida de los esclavos, implantado el 26 de junio de 1421, el cual funcionó hasta febrero de

1932. Este seguro se caracterizaba por la obligatoriedad de los asegurados o los dueños a pagar una prima proporcional a la estimación otorgada en caso de fuga o huida del esclavo –varones mayores de diez años- cuyo valor era fijado al comenzar el seguro mediante inscripción en el registro. En caso de huida, si el cautivo no era restituido a poder de su dueño, en el plazo de dos meses, la generalidad pagaba el importe de su estimación.<sup>8</sup>

En el año de 1435, en el *Edicto de los Magistrados de Barcelona* se reglamenta el seguro marítimo a prima, institución que deriva de los usos y costumbres de la época, que compilados por los magistrados con posterioridad se convirtieron en leyes con principios fijos y esfera de aplicación limitada, éste documento consta de 20 artículos, y se encuentra inserto en el Libro del Consulado del Mar, edición 1494.<sup>9</sup> Mediante las ordenanzas que contenía podían asegurarse las naves y otras embarcaciones, así como mercancías, ropas y haberes de acuerdo con el interés de los asegurados y aseguradores.

El contrato de seguro se pactaba mediante carta o escritura, haciéndose constar su pago; el pago de la prima y la vigencia del contrato. El plazo para satisfacer la indemnización era de tres a cuatro meses, dependiendo de la distancia y el momento de la notificación del daño.

En 1491, en la Ley 135 del *Cuaderno de Alcabalas*, los Reyes de España establecieron que los aseguradores no percibirían más de la veintena parte de la libranza al llevar rentas de un lugar a otro.

Posteriormente, en la Ciudad de Burgos se crearon varias legislaciones de seguros, estableciéndose el Consulado con Ordenanzas publicadas en 1553, denominadas "*Ordenanzas hechas por el Prior y Cónsules de la Universidad de la contratación de esta Ciudad de Burgos, por sus Majestades confirmadas, para los*

---

<sup>8</sup> BENITEZ DE LUGO, Rodríguez Félix. Ob. Cit. P. 76.

<sup>9</sup> BENITEZ DE LUGO, Rodríguez Félix. Ob. Cit. P. 76. Su nombre se deriva de un tribunal de comerciantes instituido en el siglo XIII y que en el siglo XIV recibió el nombre de Cónsules del Mar.

*negocios y cosas tocantes a su jurisdicción e juzgado.*<sup>10</sup> Las más importantes son *Las Ordenanzas de los Seguros Marítimos* formadas por el Prior y los Cónsules de la Universidad de los Mercaderes de Burgos en 1537, consta de 38 Capítulos, que imponían la obligación de que en todos los Contratos de Seguros Marítimos se acataran las reglas y que cuantos pleitos y diferencias surgieran con motivo de dichos contratos, deberían ser sometidos a la resolución del Prior y Cónsules de la Universidad de los Mercaderes de Burgos.

En las Ordenanzas de Burgos se inserta un modelo de póliza, con el nombre de *Carta o Póliza de Seguros*, quedando prohibido a los comerciantes celebrar un contrato de seguro, que no fuera conforme a la póliza, estableciéndose como garantía que la póliza quedara en poder de los escribanos de la Universidad quienes deberían informar de cuantos datos interesaren a las personas que desearan asegurarse, para que no quedaren en la ignorancia, asimismo el asegurado quedaba obligado a asumir por su cuenta la décima parte del costo verdadero de las cosas aseguradas.

Al ocurrir un naufragio, si el cargador quería dejar la mercancía asegurada, podía hacerlo dentro de los términos previamente establecidos, lo cual debería de hacer ante cualquier secretario de la Universidad, perdiendo su derecho si no lo hacía.

El 28 de mayo de 1540, se redacta un nuevo modelo de póliza, la cual fue aprobada el 01 de agosto de 1572, estableciéndose los derechos y deberes recíprocos de las partes contratantes y las normas correspondientes a éstas, con el fin de que el Contrato de Seguro Marítimo fuere un pacto exento de dolo o mala fe.

En 1544, en la ciudad de Sevilla, Carlos I aprobó las ordenanzas que formularon el Prior y Cónsules, presididas por un Juez Real del Consejo de Indias,

---

<sup>10</sup> BENÍTEZ DE LUGO, Reymundo Luis. Ob. Cit. P. 81.



denominadas *Ordenanzas para el Prior y Cónsules de la Universidad de los mercaderes de la ciudad de Sevilla*, aprobadas por *Real Cédula de 1554*, siendo las más notables de cuantas publicó este Consulado “*las Ordenanzas para los Seguros marítimos, que formaron el Prior y Cónsules de la Universidad de mercaderes de Sevilla, con respecto a la navegación a las Indias Occidentales, en 1555, divididas en 33 capítulos, y confirmadas el 14 de julio 1556.*”<sup>11</sup>

En estas ordenanzas, se estableció que el contrato de seguro, se sujetare a las reglas prescritas, fuese el viaje de ida o vuelta a las Indias, y que la póliza se inscribiera totalmente en los libros de los corredores para evitar problemas en caso de pérdida del documento. Se permitía asegurar hasta por dos terceras partes de la nave o solamente su casco, debiéndose celebrar otra póliza distinta a la relativa a mercaderías.

En las ordenanzas de Sevilla la prima pactada en el contrato de seguro se debía pagar a los tres meses siguientes a la fecha de la celebración del contrato, so pena de que no le sería cubierta la indemnización si sucedía el percance, también se pactaba que, de no dar aviso del accidente dentro de los dos años siguientes a la firma del contrato, se perdería el derecho de reclamación, pero si se efectuaba la notificación, el asegurado tenía otro plazo de dos años para traer los recaudos y cobrar la pérdida o avería sufrida.

Todo derecho del asegurado, se perdía si no se ejercía dentro de los dos años de sucedido el percance, o de cuatro años, si se hubiese dado el aviso de notificación, quedando el asegurador exento de cumplir con su obligación.

Las ordenanzas para la casa de la contratación de Sevilla, dictadas por el Rey Felipe II, se reducen a lo siguiente:

---

<sup>11</sup> BENÍTEZ DE LUGO, Reymundo Luis. Ob. Cit. P. 84.

- Los seguros eran públicos.
- Se aseguraban los navíos en dos terceras partes de su valor.
- Se reglamenta la actividad del corredor de seguros.

*ORDENANZAS DE BILBAO.*- Según se dice “estas ordenanzas fueron dictadas para aclarar las dudas y confusiones que se padecían, para evitar pleitos y discordias entre los comerciantes y precaver en lo posible las dilaciones y daños que de los pleitos se originaban”<sup>12</sup>, comprendían veintinueve capítulos subdivididos en números. De esos capítulos, el veintidós trataba de los seguros, definiendo al contrato de seguro como en la actualidad se entiende, dándole a la póliza de seguro fuerza y validez, en éstas se insertaron dos fórmulas de pólizas, una para mercaderías y otra para navíos.

Las ordenanzas de Bilbao, prohibían el seguro sobre la vida de las personas, autorizando a navegantes y pasajeros a asegurar su libertad, éste seguro era destinado exclusivamente a pagar el rescate en caso de cautiverio, sin derecho a los sucesores a cobrarlo.

*ORDENANZAS DE LOS CÓNSULES DE ESPAÑA.*- Éstas ordenanzas fueron publicadas en 1568, trataban sobre los Seguros Marítimos, Terrestres y Sobre la Vida, en los que toda persona podía asegurarse por el tiempo de un año, sobre su vida o sobre la vida de otros en beneficio de sus herederos o sucesores, quedando obligados éstos a probar que el seguro se hizo sobre algo que tenía que ser, porque el asegurado tuviese rentas o pensiones viajeras, extremos que si no eran probados, el contrato era nulo, dejando al asegurador libre y sin obligación de devolver el premio en caso de anulación.

---

<sup>12</sup> BENÍTEZ DE LUGO, Reymundo Luis. Ob. Cit. P. 86.

### 1.2.3. FRANCIA

En Francia destacan dos compilaciones llamadas el *Guidon de la Mer* y la *Ordenanza de la Marina*, que tratan de los seguros marítimos.

En 1556, Carlos IX concedió a la ciudad de Rouen la jurisdicción consular, autorizando a los comerciantes de esta plaza para reunirse y designar entre ellos una persona fiel, experta y conocedora del tráfico de seguros para intervenir en la contratación, cuidar que se respetara la legalidad y quien tendría a su cargo un registro en las que anotaría los actos correspondientes a los contratos en lo que hubiera intervenido y autorizado con su firma.<sup>13</sup> En dicho decreto se facultó al Prior y Cónsules para que éstos fuesen los que entendieran los asuntos relativos a los seguros, es aquí donde se publica el *Guidon de la mer*, desconociendo quien fue el autor de dicha compilación, la cual es considerada como una colección de carácter consuetudinario, en la que se recogieron los usos y costumbres de ciertos actos de comercio marítimo y en especial al contrato de seguro.

El *Guidon de la mer*, constaba de 169 Artículos, distribuidos en 20 Capítulos, siendo sus principales disposiciones, las siguientes:

- Que los contratos de seguros fueran celebrados por escrito mediante póliza.
- La póliza debería contener los requisitos previamente establecidos.
- Se estableció los principios del coaseguro, por medio del cual para evitar el abuso y negligencia, el asegurado cubría el riesgo del diez por ciento de las cosas aseguradas.

---

<sup>13</sup> Ibidem. P. 91.

- En caso de naufragio o por contratiempo del navío, el comerciante o cargador, quedaba facultado para abandonar las cosas aseguradas, transmitiendo a favor del asegurador todos los derechos y acciones sobre las mismas y quedaba facultado para exigir la cantidad establecida en la póliza.
  
- Transcurrido un año desde la partida de la nave, el asegurado, podía abandonar el derecho de la mercancía a favor del asegurador y exigir el pago de la misma si no regresaba.
  
- Prohibían los Seguros Sobre la Vida, admitiendo únicamente para los que realizaran viajes, en los que el navío corriera peligro de ser apresado y sus ocupantes cayeran cautivos, realizado el siniestro el asegurador se comprometía a pagar la cantidad asegurada.<sup>14</sup>

En agosto de 1681, Luis XIV promulgo un Código sobre comercio marítimo y navegación, titulado *Ordenanza de la Marina*, el cual fue inspirado en el *Guidon de la Mer*, su contenido se distribuye en 53 títulos agrupados en cinco libros. El título VI del Libro III trata de los seguros, comprendiendo 74 artículos relativos a esta materia.

En la *Ordenanza de la Marina* se les permitía contratar tanto a los súbditos franceses como a extranjeros, se podían asegurar los navíos, mercaderías y otros efectos que fuesen transportados por mar y ríos navegables, permitiendo a los aseguradores estipular un precio por el riesgo asumido.

En ésta ordenanzas el contrato debería celebrarse por escrito privado, en el cual se debía de determinar los datos y circunstancias que deberían constar en la póliza.

---

<sup>14</sup> Ibidem. P.P. 93 - 94.

Al igual que en el *Guidon de la Mer*, el Seguro Sobre la Vida estaba prohibido, aun cuando si se podía asegurar su libertad, pactándose cierta suma en caso de apresamiento.

Asimismo los asegurados tenían que responder hasta el diez por ciento del valor de los efectos asegurados, aún cuando éstos fuesen a bordo del navío o fueren los propietarios del mismo, siempre y cuando la póliza no estableciera expresamente lo contrario.

En la *Ordenanza de la Marina* se encuentra un antecedente de lo que hoy en día se le conoce como reaseguro, ya que, se les permitía a los aseguradores hacer asegurar por otros los riesgos que ellos hubiesen asumido; sin embargo, se prohibía asegurar o reasegurar efectos por más de su valor, en una o varias pólizas, bajo pena de nulidad del seguro y confiscación de las mercaderías.

En caso de suspensión del viaje se nulificaba el contrato, quedando obligado el asegurador a restituirle la prima al asegurado deduciéndole el cincuenta por ciento de ésta.

El contrato celebrado después de la pérdida o arribo de la cosa sobre la que se hizo era nulo, si el asegurado sabía o estaba en condiciones de saber la pérdida o el asegurador la arribaba, antes de firmarse la póliza.

Cuando el asegurado tuviese conocimiento de la pérdida del barco o de las mercaderías, tenía la obligación de notificar al asegurador dicha circunstancia, para los efectos de hacer el abandono en tiempo reglamentario. Si no se fijaba fecha para el pago del seguro, el asegurador se encontraba obligado a pagar el seguro en un plazo de tres meses, contados a partir de la notificación del abandono.

### 1.3. EL SEGURO EN LA EDAD MODERNA

En la Edad Moderna es donde se empiezan a conformar las bases del Seguro Institucional como se conoce actualmente.

En 1667, un año después del gran incendio de Londres <sup>15</sup>, el doctor Nicolás Barbón fundó en la citada capital una oficina de seguros contra incendios, la cual sirvió de base a la primera Compañía de seguros contra incendios, el "Fire Office", fundada en 1681, la que llegó a instituir un cuerpo de bomberos.<sup>16</sup>

Algunos autores sostienen que la primera compañía de seguro sobre la vida, fue fundada en Inglaterra en el año de 1762, con el nombre de *The Society for Equitable Assurance on Lives y Survivorships* y otros dicen que ésta apareció en 1787, motivo por el cual no se sabe con exactitud cuando apareció la primera compañía aseguradora sobre la vida; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden que fue en 1830 cuando el seguro de vida adquiere un gran desarrollo.

En 1849 fue creado el seguro de accidentes de ferrocarriles o seguro de viajeros, y en 1850 el seguro de accidentes en general, y en 1854 fue fundado el seguro de enfermedad por el actuario Behm.

En el siglo XX se da el gran desarrollo en la Industria de Seguro, donde se fundan toda clase de compañías, se internacionalizan y se amplía la actividad aseguradora al desarrollar una variedad extensa de ramos de seguro.

### 1.4. EL SEGURO EN MÉXICO

A fines del siglo XVII se iniciaron en la Nueva España algunas operaciones de seguros, pero fue hasta 1788 y 1802 cuando se establecieron las primeras

---

<sup>15</sup> *Ibidem.* P. 98. Esta gran catástrofe tuvo lugar del 2 al 3 de septiembre de 1666, la cual siniestro 13, 200 casas, 89 iglesias, entre ellas la Capital de San Pablo. El corazón de Londres quedó reducido a cenizas.

<sup>16</sup> *Ibidem.* P. 98.

compañías de seguros en el Puerto de Veracruz, basada su función en un comercio consolidado entre la colonia y su metrópoli con miras a encontrar en el seguro un apoyo sólido para la realización con más seguridad económica de sus operaciones mercantiles.

Se tienen noticias que las *Hermandades* o *Cofradías Españolas* se transformaron en montepíos y con el mismo principio se estableció en la Nueva España el monopolio militar administrado por oficiales reales, que proporcionaban indemnización a la viuda o a los hijos del oficial fallecido, con un fondo que se formaba con aportaciones que les eran descontadas de su sueldo.

En el año de 1877 se establece una compañía de Seguros denominada “La Mexicana” la cual operaba el Seguro de Vida y para el año de 1890 aparece “La Fraternal” operando en Seguros de Vida, Accidentes y Enfermedades, estas compañías poco tiempo después desaparecieron.

La primera compañía mexicana más antigua del sistema se constituye hasta el año de 1887, operando exclusivamente en los ramos marítimos e incendio.

Después de que la industria del seguro fue puesta en marcha por grandes empresas mutualistas, privadas o públicas, por nuevos y numerosos grupos que absorben riesgos terrestres, se generó que la disciplina jurídica del contrato de seguro, la cual se venía formando desde el riesgo del mar (conocida como la Echazón), fuese profundamente modificada.

A fines del siglo XIX cualquier persona tanto física como moral podía ejercer las atribuciones de asegurador, en razón de que la Ley Sobre Compañías de Seguros del 16 de diciembre de 1892, no restringía en forma alguna el hecho de que cualquier persona pudiera desempeñar las funciones de asegurador dándole la más amplia libertad para ejercer, fijando como único requisito que se

estableciera un sistema de publicidad que pudiera comprobar que habían cumplido los requisitos que señalaba la Ley, tanto en su organización como en sus operaciones bajo la estricta vigilancia de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.<sup>17</sup>

Entre los requisitos que fijaba la Ley Sobre Compañías de Seguros se encuentran los siguientes:

- Presentar copias certificadas de la constitución de la sociedad aprobada en junta general.
- Una relación de nombres y demás generales del director o gerente de la sociedad y miembros de su junta directiva o consejo de administración.
- Una certificación del Registro de Comercio que acreditara haber cumplido con la Ley en lo que se refiere a su registro e inscripción.

Como las compañías que operaban en materia de seguros en el país, desaparecían sin dejar huella, fuesen mexicanas o extranjeras, quedando de esta manera desprestigiados los aseguradores o los que tuviesen negocios con éstas, el legislador mexicano expidió la Ley del 25 de mayo de 1910, basando su expedición en que sólo sociedades anónimas y cooperativas podían ejercer las funciones de empresa aseguradora, previa solicitud de autorización y cumpliendo con los requisitos legales, prohibiendo que la actividad aseguradora se realizara por personas físicas o que se realizaran operaciones diferentes a las de seguros.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público era la encargada de vigilar o inspeccionar en su orden interno y externo a las compañías de seguros, estableciéndose la obligación de que rindieran todos los informes y presentaran

---

<sup>17</sup> MARTÍNEZ GIL, José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, Editorial Porrúa, México, 1984, P. 32.



las cuentas de su administración, publicándolas año con año, a fin de saber que si con los bienes que poseía podía responder a las obligaciones pactadas y si las cantidades pagadas por los aseguradores se habían invertido convenientemente conforme a la ley.

La Ley General de Sociedades de Seguros del 25 de mayo de 1926, señalaba en su exposición de motivos que las leyes de seguros tenían por objeto establecer la vigilancia del estado sobre los actos de las sociedades de seguros y los contratos de esa especie, con el fin de garantizar a los asegurados.

La ley antes citada señalaba que a partir de la fecha en que entrara en vigor la Ley los aseguradores podrán celebrar contratos de seguro en todos sus ramos, siempre y cuando obtuviesen la debida autorización y cumpliesen con los requisitos contenidos, esta situación se dio hasta la Ley General de Instituciones de Seguros de 1935.

Actualmente el artículo 2º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece: “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”.

Las compañías actuales han sobrevivido en épocas difíciles como le fue la Revolución Mexicana de 1910, seguida por dos años de violencia y depresión económica, haciendo un total de ochenta y cuatro compañías registradas en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, que en la actualidad trabajan para resguardar el patrimonio de la comunidad que desea ser asegurada traspasando sus riesgos a una institución de seguros, para que ésta sea la que sufra el menoscabo en el patrimonio que hubiere perdido si no hubiere estado asegurado.

A efecto de que la actividad aseguradora pueda desarrollarse o cumplir su función social o económica, se requiere necesariamente que se haga por medio de una organización de empresa que cumpla plenamente con los principios de una técnica moderna del seguro, cinco principios, son fundamentales y atienden a los riesgos en masa y homogeneidad para poder determinar más o menos con exactitud la prima, en relación con las probabilidades de que se produzca el siniestro, y los cuales son:

**Primer principio.-** Se basa en la consideración de una gran masa de riesgos para celebrar un gran número de seguros, o porque en tanto mayor sea el número de casos sujetos al mismo riesgo, mejor compensa los que se verifican, porque el riesgo se neutraliza, pero además, en tanto mayor sea el número de riesgos tomados, menor serán las fallas entre la probabilidad técnica y el número efectivo de siniestros y consecuentemente más exacta el cálculo de la prima.

**Segundo principio.-** Homogeneidad en los riesgos, para hacerse un cálculo acertado de las primas, puesto que el cálculo no puede hacerse con base a riesgos excepcionales, ésta homogeneidad permite conocer a través de cálculos estadísticos la probabilidad de que tenga lugar el evento dañoso. Si el evento se realiza en forma muy eventual, no es posible fijar una norma estadística para fijar las primas suficientes para hacer frente a los siniestros.

**Tercer principio.-** Las sumas aseguradas deben ser homogéneas señalando una suma máxima respecto de la cual responderá la aseguradora, cuando excede la suma asegurada la capacidad de la aseguradora, ésta deberá dividir el riesgo o transmitir el excedente.

**Cuarto principio.-** La ciencia del seguro elemento esencial para el calculo de las sumas aseguradas y de las primas hacen que la aseguradora que toma el riesgo a su vez se asegure, a fin de no fallarle al asegurado al momento de un siniestro, cediendo parte de su riesgo y de sus primas.

**Quinto principio.-** Fondos de reservas, las aseguradoras tendrán que guardar una parte de la prima en reservas que permitirán, que la aseguradora tenga liquidez para pagar los siniestros.

La función social y económica del seguro primeramente cumple con dar tranquilidad al asegurado porque la aseguradora absorbe el riesgo, creando en el público una conciencia de solidaridad, en donde muchas personas se juntan para afrontar en común las adversidades del futuro, y por la otra logra la captación de recursos por medio de la percepción de la primas los cuales es posible invertirlos creando así fuentes de producción, lo que a su vez, implica necesariamente desarrollo económico, por lo que el estado al tratarse de la economía general de un país interviene para regular la actividad aseguradora, a fin de que ésta lleve un riguroso control a través de la contabilidad, y como requisito indispensable toda aseguradora deberá ser autorizada para practicar el seguro por el estado.

Por lo anterior comprenderemos que el seguro solo puede practicarse en la actualidad por las instituciones de seguros actualizadas por el Estado por conducto de la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con base en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y llenando todos los requisitos que señale la citada Comisión, la autorización será publicada en el Diario Oficial de la Federación.

## **1.5. REGULACIÓN JURÍDICA DEL CONTRATO DE SEGURO EN MÉXICO**

Al lograr México su independencia, conservo las legislaciones que desde la colonia tenía la materia mercantil, se regulaba por las *Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España* confirmadas por el Rey el 24 de julio de 1604, las cuales a su vez remitían en materia de seguros a las

*Ordenanzas de Sevilla*, pero en la práctica fueron las *Ordenanzas de Bilbao* las que rigieron las Resoluciones del Consulado de la Nueva España”<sup>18</sup>

Fue hasta el mes de mayo de 1854, cuando se promulgo el primer Código de Comercio, conocido también como Código de Laredo, el cual reglamentó el seguro de conducción terrestre y el de conducción marítima, considerándolos a éstos de carácter mercantil, es decir, el que debía ser celebrado por un comerciante, quien no necesariamente debía ser asegurador, ya que el elemento empresa no se consideraba necesario.

El Código Civil para el Distrito Federal de 1870, el cual entró en vigor el primero de marzo de 1871, fue el primero ordenamiento legal mexicano que reglamento el contrato de seguro considerándolo como de tipo civil.

El 14 de diciembre de 1883 se reforma la Constitución de 1857, en su fracción X de su artículo 72, facultando al Congreso Federal a expedir códigos obligatorios en toda la República, de minería y de comercio, comprendiendo en este último las instituciones bancarias.

Como resultado de dicha reforma el 15 de abril de 1884, se expidió el Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos, configurando el contrato de seguro como mercantil, y además como contrato civil, por lo que se refiere al seguro de personas, ya que éste no era regulado en el citado Código de Comercio. Éste código fue el primero de carácter federal, además de que marca la abrogación de las *Ordenanzas de Bilbao*.

A cinco años de fue expedido el Código de Comercio de 1884, en septiembre de 1889 se promulga el nuevo código mercantil, el cual tomó como modelos a los códigos español e italiano, vigente actualmente, el cual estableció el

---

<sup>18</sup> RUIZ RUEDA, Luis, *El Contrato de Seguro*, Editorial Porrúa, México, 1978, P. 25.

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, marítimos y sobre la vida.<sup>19</sup>

El 25 de mayo de 1926, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguros, que constituyó el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras, quedando sujetas a la citada ley, tanto las sociedades nacionales como a las extranjeras, debiendo constituirse las primeras como sociedades anónimas o cooperativas.

En virtud de lo anterior, con motivo de la expedición del Código Civil de 1928, que entró en vigor hasta 1932, fue cuando se suprimió toda reglamentación del contrato de seguro no mercantil, es decir, no realizado por empresa, por lo cual el citado código ya no reguló el contrato de seguro, volviéndose necesariamente mercantil.

Fue en agosto de 1935, cuando se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes que son fundamentales del progreso alcanzado en nuestro país en materia de seguros, que aún siguen vigentes como son la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley General de Instituciones de Seguros, actualmente denominada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros las cuales han sufrido un sin número de reformas generadas por el desarrollo económico, social, político y de globalización del mundo, y por el incremento de riesgos a asegurar debido a que se ha expandido de tal forma el mercado asegurador, ya que, los riesgos actualmente pueden ser para asegurar el secuestro de una persona, la negligencia de un político, la impericia de un director de una empresa, etc.

---

<sup>19</sup> SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús, *El contrato de seguro privado*, Editorial Porrúa, México, 2000, P. 6.

## **CAPÍTULO SEGUNDO**

### **DESARROLLO CONCEPTUAL DEL CONTRATO DE SEGURO**

#### **2.1. CONCEPTO DEL CONTRATO DE SEGURO**

El ser humano por la limitación de sus facultades, siente la necesidad de la protección para su persona, los suyos y de sus bienes contra las consecuencias económicas resultantes de los riesgos que necesariamente, fatalmente, le amenazan.

El riesgo proviene de una incertidumbre respecto a los sucesos futuros. No se puede pensar en suprimir los riesgos que acompañan a la vida del hombre destruyendo su patrimonio y sus esperanzas, frustrando sus previsiones; el hombre sólo puede ponerse a cubierto de las consecuencias económicas de esos riesgos que, al realizarse, toman el nombre de siniestros.

El acontecimiento futuro que caracteriza al riesgo puede ser de dos clases; incierto, es decir, susceptible de ocurrir o no, y cierto, o sea que ha de suceder necesariamente, pero en tiempo indeterminado, es decir, ignorándose cuando. Ejemplo del primer caso es el incendio de una casa, el accidente de una persona; del segundo, lo es, la muerte de una persona.

La conducta del hombre, ante la ineludible presencia de estos múltiples riesgos solamente podía ser, la indiferencia de inactividad o de confiarse inconscientemente al azar para que el evento dañoso no se produzca o sobrevenga tardíamente, o procediendo a acumular los ahorros precisos para afrontar las necesidades que en el futuro han de presentarse.

La humanidad, casi desde sus orígenes, ha rechazado la primera postura, pero tampoco todos se encuentran en condiciones de producir el ahorro necesario para la reparación de los hechos dañosos que afectan a la vida o al patrimonio del hombre.

Por tal situación, era preciso crear una institución jurídica capaz de poner al hombre a cubierto de los riesgos que por todos conceptos le amenazan cada día, con el mínimo sacrificio económico posible, y así la humanidad, lentamente, con el progreso de su civilización, ha inventado, desarrollado y perfeccionado el seguro.

El seguro es la institución de previsión por excelencia para la protección de las necesidades y consecuencias dañosas de estos riesgos; por él no se evitan, pero a través suyo se reparan los perjuicios patrimoniales derivados del siniestro.

El seguro es, según WRIGHT, el único medio que tiene la vida humana para librarse de la tiranía del azar. Asegurarse no significa evitar una pérdida, sino garantizar una indemnización.

El seguro es un acto de alta previsión social que constantemente debe acompañar a la familia, a la industria, al comercio y en todos cuantos aspectos pueden presentársenos en los azares de la existencia.

## 2.2. DEFINICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La definición de este contrato debe de tener no solo contenido jurídico, para quedar dentro de ella, un instituto propio, para alcanzar una definición mas completa, se debe de atender a la operación jurídico-económica, por ello, se le puede tener bajo dos ópticas: a) en la doctrina y b) en la ley.

### 2.2.1. EN LA DOCTRINA

Según Bruck: “es un contrato oneroso por el que una parte (asegurador) espontáneamente asume un riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado, o que se obliga para un momento determinado a una prestación apreciable en dinero, por un monto determinado o determinable, y en el que la obligación, por lo menos para una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acontecimiento”.<sup>20</sup>

Señala Lepargneur: “es el contrato por el que una persona, llamada asegurador, promete a otra, que es el asegurado, una prestación subordinada a la realización de un riesgo determinado, mediante una suma llamada prima o cotización”<sup>21</sup>

Por su parte Donatti Antigono define al contrato de seguro como: “relación en la que el asegurador, contra el pago o la obligación de pago del premio, se obliga a resarcir al asegurado dentro de los limites convenidos las consecuencias de un evento dañoso, incierto”.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> HALPERIN, Isaac, *Contrato de Seguro*, Edición Segunda, Editorial Depalma, Buenos Aires, 1964, P. 32.

<sup>21</sup> Ibidem. P.32.

<sup>22</sup> STIGLITZ, Ruben S., *Cláusulas abusivas en el contrato de seguro*, Editorial Abelado- Perrot, Argentina, 1994, P. 36.



Dice Hors y Baus “El contrato de seguro es un contrato aleatorio, porque es el azar que decide quien sufrirá el beneficio o la pérdida: si el asegurado o el asegurador; por en cuanto se ignora, en el momento de la convención, si el asegurador tendrá el beneficio de la prima o tendrá que pagar al asegurado la pérdida total o simplemente un daño parcial...”.<sup>23</sup>

Según Sánchez Calero el seguro: “es el contrato por el cual el asegurador, mediante la percepción de una prima, se obliga frente al asegurado al pago de una indemnización, dentro de los límites pactados, si se produce el evento previsto”.<sup>24</sup>

Por su parte Vásquez del Mercado, define al contrato de seguro como “la relación jurídica en virtud de la cual la empresa aseguradora, contra el pago de una prima, se obliga a relevar al asegurado, en los términos convenidos de las consecuencias de un evento dañoso e incierto”.<sup>25</sup>

Según Garriguez Joaquín el seguro “es un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona el asegurador, asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria cuando el riesgo se haya convertido en siniestro”.<sup>26</sup>

### **2.2.2. EN LA LEY**

El artículo 1º de la Ley del 30 de Mayo de 1908 de Alemania precisa que en el seguro contra daños el asegurador, conforme al contrato, se obliga a resarcir al tomador del seguro, en caso de siniestro, los daños patrimoniales sufridos por aquel.

---

<sup>23</sup> HORS Y BAUS, Pedro, *Tratado de los Seguros de Transportes Marítimos, Terrestres, de Valores y Aéreos*, Editorial Gustavo Gili, S.A., Barcelona, MCMXLV, P. 200.

<sup>24</sup> SÁNCHEZ CALERO, Fernando, *Derecho de Seguros*, Editorial Revista de Derecho Privado, Décima Edición, Argentina, 1997, P. 254

<sup>25</sup> VÁSQUEZ DEL MERCADO, Oscar, *Contratos Mercantiles*, Editorial Porrúa, México, 1982, P. 183.

<sup>26</sup> FÉLIX MORANDI, Juan Carlos, Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros, *Posibles bases para la unificación del régimen legal del Contrato de Seguro en Iberoamérica*, Bogotá, Agosto 23-26 1989, P. 22.

Asimismo establece que en el seguro sobre la vida y contra los accidentes, y en los demás de personas, el asegurador se obliga, en caso de siniestro, a pagar la suma convenida mediante un capital o una renta o efectuar otras prestaciones convenidas. El tomador del seguro deberá pagar la prima convenida, a efectos de esta ley, se consideraran las cuotas a entregar a las empresas de seguros mutuos”.<sup>27</sup>

El artículo 512 del Código de Comercio de Chile define al contrato de seguro como:

“Contrato bilateral, condicional y aleatorio, por el cual una persona natural o jurídica toma sobre si por un determinado tiempo todos o algunos de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes a otra persona, obligándose mediante una retribución convenida, a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados”.<sup>28</sup>

En España el artículo 1º de la Ley 50/1980, del 8 de octubre define al contrato de seguro de la siguiente forma:

“El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”.<sup>29</sup>

En Uruguay el artículo 634 del Código de Comercio indica:

“el seguro es un contrato por el cual una de las partes se obliga mediante cierta prima a indemnizar a la otra de una pérdida o de un daño, o de la privación de un lucro esperado que podría sufrir por un acontecimiento incierto”.

---

<sup>27</sup> GUTIERREZ BOCANEGRA, Facundo, Tercer Congreso de Derecho de los Seguros y Fianzas, *Las condiciones generales y las cláusulas en el contrato de seguro*, Veracruz, 2000, P. 3.

<sup>28</sup> Ibidem. P. 4.

<sup>29</sup> Ibidem. P. 4.

En nuestro país la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 1 señala:

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

En conclusión a nuestro particular punto de vista la definición más acertada y más entendible de lo que es el contrato de seguro es la que nos dan las legislaciones de Chile y México, aunque la primera es todavía más precisa que la segunda.

### **2.3. CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Analizando las anteriores definiciones podemos clasificar el contrato de seguro en:

**a) BILATERAL.-** El contrato de seguro es bilateral, en ese contexto de que “el contrato es bilateral cuando las partes se obligan recíprocamente” (artículo 1836 del Código Civil para el Distrito Federal), toda vez que en el mismo, en forma por demás obvia y evidente, se imponen derechos y obligaciones recíprocos a las partes contratantes, las cuales son la aseguradora y el tomador del seguro.

De la definición misma del contrato de seguro contenida en el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se advierten esas dos fundamentales obligaciones a cargo de sus partes, que lo distinguen como un contrato bilateral, como son: por una parte, la relativa a cargo de la aseguradora de asumir las consecuencias de un eventual riesgo, resarciendo el daño o pagando una suma de dinero, y por otra, la que recae al asegurado o tomador del seguro consistente en pagar a aquella la prima correspondiente.

**b) ONEROSO.-** Asimismo, se infiere que el contrato de seguro es oneroso, toda vez que se convienen estipulaciones de las cuales derivan provechos y gravámenes recíprocos para las partes contratantes, en concordancia con esa composición a que alude textualmente el artículo 1837 del Código Civil para el Distrito Federal: “Es contrato oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos”.

El contrato de seguro es oneroso en esa composición de imponer provechos y gravámenes recíprocos, tal y como sostiene Halperin: es oneroso porque las partes estipulan gravámenes y provechos recíprocos, ya que cada uno de los contratantes promete algo o da algo a cambio de otra promesa o de otra cosa que recibe, en razón de la reciprocidad de deberes y derechos que adquieren las partes, respecto del asegurado si no paga la prima no surte efectos el contrato de seguro y en lo que respecta al asegurador la retención de la prima es en el caso de que no se produzca el siniestro durante la vigencia del contrato, ya que es el precio del riesgo que corrió.

**c) ALEATORIO.-** El contrato de seguro es aleatorio partiendo de que el asegurador compensa los riesgos, pero la prestación compensatoria depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la valuación de la pérdida o ganancia, sino hasta que la eventualidad asegurada se realice y no obstante que desde que se celebra el contrato de seguro se conocen las prestaciones, lo aleatorio está en la posibilidad de que ocurra un hecho dañoso o surja una necesidad patrimonial incierta que el asegurador no sabe cuál o cuáles de los riesgos asumidos por él sucederán y se convertirán o no en siniestros.

**d) NOMINADO Y TÍPICO.-** El contrato de seguro es nominativo y típico porque es el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación, como lo es el caso específico la Ley Sobre el Contrato de Seguro,

publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 31 de agosto de 1935 y que dicha ley enuncia su objeto, finalidad y forma del contrato de seguro.

**e) CONSENSUAL.-** En cuanto a su forma, el contrato de seguro se considera por la propia regulación legal como un contrato consensual, toda vez que para su validez no es necesario que la integración del consentimiento de sus partes deba atender a una determinada y específica formalidad ya que el simple acuerdo de voluntades es suficiente para formar el contrato.

**f) DE TRACTO SUCESIVO.-** El contrato de seguro es un contrato de tracto sucesivo, toda vez que, los contratantes se obligan por un determinado tiempo en la póliza, pero la ejecución del contrato no se realiza de una sólo vez, sino en forma escalonada, al ser cubierto el riesgo por el asegurador en todos y cada uno de los momentos de la duración del contrato y cuando el asegurado realiza el pago de la prima en parcialidades, no es el contrato de seguro una sucesión de contratos renovables pues tiene el carácter de contrato único aún cuando se haya dividido en períodos el pago de la prima.

**g) PRINCIPAL.-** El contrato de seguro es un contrato principal, en virtud que las obligaciones asumidas por la aseguradora no dependen de la realización del incumplimiento de una obligación principal, ni de que ésta sea nula o inexistente corriendo su misma suerte, sino de la circunstancia totalmente aleatoria de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato y, por otra parte, en cuanto a la obligación a cargo del asegurado o tomador del seguro, consistente en cubrir la prima correspondiente, no dependen de ninguna otra obligación.

**h) DE ADHESIÓN.-** En virtud de que los términos del contrato de seguro deben constar en una póliza cuya estructura se encuentra sujeta a una elaboración acorde a los lineamientos previamente aprobados por el organismo

gubernamental al que se encomienda el control, supervisión y vigilancia de las actividades de las aseguradoras, en nuestro país dicho organismo es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Según Palomar de Miguel el contrato de adhesión es “aquel que se caracteriza por el hecho de que una de las partes es la que fija las cláusulas o condiciones del mismo, iguales para todos, sin otra alternativa para quienes deseen participar en él que aceptarlo o rechazarlo en forma total.”<sup>30</sup>

En opinión de Ruiz Rueda son: Los contratos cuyo clausulado general es predispuesto, es decir, redactado previamente por uno de los contratantes, para regular uniformemente determinadas relaciones convencionales. Las empresas aseguradoras están destinadas a la producción en serie de contratos necesariamente uniformes para cada tipo de seguro, ya que sólo así puede reunirse un gran número de riesgos de la misma especie, que llenen los requisitos de homogeneidad y de igualdad de circunstancias que exige el procedimiento económico de la mutualidad, base técnica de toda operación de seguro. Para lograr esa uniformidad la propia sociedad aseguradora predispone ese clausulado que tradicionalmente y universalmente se conoce bajo el nombre de condiciones generales de la póliza, procedimiento que no sólo está reconocido, sino hasta reglamentado en nuestra legislación.<sup>31</sup>

Nuestros tribunales han sostenido que tratándose de contratos de adhesión las aseguradoras deben emplear locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar el alcance de las obligaciones contraídas, pues en caso contrario puede interpretarse a favor del asegurado, según se desprende de la siguiente tesis jurisprudencial que a su letra se lee:

---

<sup>30</sup> PALOMAR DE MIGUEL, Juan, *Diccionario para Juristas*, Editorial Mayo Ediciones, México, 1981, P. 318.

<sup>31</sup> RUIZ RUEDA, Luis. Ob. Cit. P. 76.

No. Registro: 182,003  
Tesis aislada  
Materia(s): Civil  
Novena Época  
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito  
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta  
Tomo: XIX, Marzo de 2004  
Tesis: I.4o.C.65 C  
Página: 1533

**CONTRATO DE SEGURO. SI LA ASEGURADORA UTILIZA EL DE ADHESIÓN DEBE EMPLEAR LOCUCIONES COMPRENSIBLES Y TRANSPARENTES QUE PERMITAN APRECIAR EL ALCANCE DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS, PUES EN CASO CONTRARIO PUEDE INTERPRETARSE A FAVOR DEL ASEGURADO.**

Conforme a lo dispuesto por el artículo 36, fracciones I y IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras están obligadas a ofrecer y celebrar contratos en relación con las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que asuman. Para lograr ese objetivo, es necesario que en la documentación contractual de las operaciones de seguros se indique de manera clara y precisa el alcance, términos, exclusiones, limitantes, deducibles y cualquier otra modalidad en las condiciones generales, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Las estipulaciones del contrato de seguro, como las de todo acuerdo de voluntades, no deben contener condiciones que se opongan a las disposiciones legales aplicables, y tampoco pueden establecer obligaciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios. Ahora bien, de acuerdo con lo establecido por el artículo 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras pueden utilizar contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente, en formatos, por la institución de seguros, en los que se señalen los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro. Una de las características de este tipo de contratos es la ausencia de negociación entre las partes y al no poder discutir los términos o condiciones del acuerdo, la autoría material del contrato recae sobre quien lo redactó, circunstancia que hace infructuosa la búsqueda de la común intención de las partes en caso de duda; por esta razón, quien elabora un contrato de adhesión tiene el deber de emplear locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar con naturalidad el alcance de las obligaciones contraídas. En caso contrario, las cláusulas oscuras, cuyo sentido no pueda desentrañarse

a través de los métodos ordinarios de interpretación, deben ser interpretadas a favor de los asegurados, conforme con el principio contra stipularem, que rige en materia de contratos en los que se establecen unilateralmente condiciones de la cobertura de un seguro, de tal forma que no lesione los intereses de estos últimos, es decir, debe buscarse que el acuerdo prevalezca, pero interpretado de una manera favorable al consumidor, a quien no le es imputable la redacción del contrato.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 9804/2003. Seguros Comercial América, S.A. de C.V. 27 de octubre de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Marco Antonio Rodríguez Barajas. Secretaria: Vianney Rodríguez Arce.

**i) DE BUENA FE.-** La última característica y la más significativa e importante del contrato de seguro es la relativa a la buena fe que debe existir en la concertación entre aseguradora y asegurado.

La Buena Fe en el contrato de seguro se conceptúa como: El comportamiento o deber de conducta a observar para cada uno de los contratantes, carente de espíritu lesivo, el cual consiste en manifestar a su contraparte todas las circunstancias objetivas y subjetivas, a través de declaraciones exactas y reales, que concurren como causa determinante en la celebración del contrato, con el objeto de contribuir en la convicción de la otra parte en su aceptación o denegación para la celebración de dicho contrato.

Tanto la Ley Sobre el Contrato de Seguro como la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, conceden al asegurado y asegurador, en caso de que se haya violado el principio de buena fe que rige al contrato de seguro, la opción al primero de pedir la nulidad del contrato y al segundo la elección de rescindirlo.



## **2.4. ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGURO**

Los elementos esenciales del contrato de seguro son principalmente: el consentimiento y el objeto.

### **2.4.1. CONSENTIMIENTO**

Este elemento esencial en el contrato de seguro, se conforma por el acuerdo de voluntades de sus partes, que en atención a su naturaleza o esencia, se denominan: aseguradora y asegurado, o bien, tomador de seguro (proponente):

#### **2.4.1. 1. ASEGURADORA**

La de la aseguradora constituye una de las dos voluntades que confluyen en la integración del consentimiento como elemento esencial del contrato de seguro, ésta tiene como principal obligación ante todo la de cubrir el riesgo en los términos acordados y en caso de que ocurra el siniestro, pagar al beneficiario la cantidad correspondiente al daño cubierto.

De conformidad con el artículo 5º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el contrato de seguro solamente puede ser celebrado por una institución que se encuentre debidamente autorizada para tal efecto, por el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público:

**“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”.

Según lo determinan la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las empresas de seguros

pueden ser de dos categorías: instituciones, o bien, sociedades mutualistas de seguros.

Por instituciones de seguros debemos entender a la empresa que se constituye como sociedad anónima de capital fijo o variable, con arreglo a las disposiciones de la Ley General de Sociedades Mercantiles, cuyo objeto social se conforma por la explotación comercial de las operaciones de seguro, reaseguro y reafianzamiento en todos los diversos ramos de éstos; por sociedades mutualistas de seguros se alude a las organizaciones en un número no inferior a trescientos individuos; produzcan o no lucro o utilidad en el ramo de operaciones de seguros que practiquen y que deben actuar separadamente en cuanto a especialización, libros, fondos y reservas. A la segunda categoría se asimilan las asociaciones que sin expedir póliza o contratos, concedan a sus miembros seguros en casos de muerte, beneficios en los accidentes y enfermedades o indemnizaciones por daños, con excepción de las coberturas de naturaleza catastrófica, o de alto riesgo.

Al ser toda aseguradora una persona moral, por tratarse de una institución o de una sociedad mutualista de seguros, su voluntad en la integración de todo contrato de seguro conforma el elemento esencial del consentimiento, la cual de exteriorizarse a través de sus órganos sociales, mandatarios y agentes.

#### **2.4.1.2. TOMADOR DE SEGURO (PROPONENTE)**

La segunda voluntad que concurre en la integración del consentimiento, elemento esencial del contrato de seguro, lo es la del tomador de seguro, quien suele ser al mismo tiempo el asegurado, pero puede suceder que éste sea una persona distinta a aquél; por lo que, en este caso, se estaría en presencia de un contrato a favor o en nombre de un tercero, según lo establece el artículo 11 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por lo anterior se concluye que el proponente puede celebrar el contrato de seguro a nombre propio o de otra persona el cual sería el asegurado, asimismo puede designar en el contrato celebrado a un beneficiario como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho contrato se establecen.

Señala Vásquez del Mercado que el contratante puede ser el titular de la prestación a que se obliga el asegurador, pero que tal persona no necesariamente es el titular de los derechos que dimanen del contrato, sino otro, en cuya esfera patrimonial viene a incidir el riesgo y que tiene necesidad a la cobertura del seguro; es el asegurado, quien tiene derecho a la prestación del asegurador, por que es el titular del interés asegurado.<sup>32</sup>

Por su parte Díaz Bravo señala que el tomador del seguro, “es la persona física o moral que comparece con su firma, a tomar el seguro, esto es, que lo contrata con la empresa aseguradora, en interés propio o de un tercero y, por tanto, quien asume las respectivas obligaciones aunque no sea el asegurado.”<sup>33</sup>

El tratadista español Garriguez Joaquín hace referencia a que el tomador del seguro es la persona que contrata con el asegurador, cosa que no quiere decir que, a semejanza de los demás contratos, sea el titular de los derechos dimanantes del contrato. Mientras en los demás contratos existen dos partes contratantes, sea en nombre propio, sea en nombre ajeno, y esas partes contratantes, o sus representados, son los que adquieren los derechos y obligaciones del contrato, la peculiaridad del seguro consiste en que el círculo personal del contrato se extiende a personas que no son contratantes, ni representantes de los contratantes. El asegurador asume los derechos y obligaciones del contrato. El contratante con el asegurador asume las obligaciones, pero puede no asumir los derechos.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> VÁSQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Ob. Cit. P. 186.

<sup>33</sup> DÍAZ BRAVO, Arturo, *Contratos Mercantiles*, Tercera Edición, Editorial Harla, México, 1998, P. 136.

<sup>34</sup> GARRIDUEZ, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, Tomo II, Editorial Porrúa, México, 1987, P. 270.

Sostiene Martínez Gil que el tomador de seguro o asegurado, es el que suscribe la póliza para sí, o a nombre de otros, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo el derecho al cobro o a señalar beneficiario del mismo de las indemnizaciones que corresponden con motivo del siniestro amparado en la póliza.<sup>35</sup>

#### **2.4.1.3. DIFERENCIAS ENTRE TOMADOR DEL CONTRATO DE SEGURO Y ASEGURADO**

**Tomador o proponente.-** “Es la persona física o moral que comparece con su firma, a tomar el seguro, esto es, que lo contrata con la empresa aseguradora, en interés propio o de un tercero y, por tanto, quien asume las respectivas obligaciones aunque no sea el asegurado.”<sup>36</sup>

Tomador de seguro es aquel que suscribe el contrato, asumiendo las obligaciones que del mismo derivan. Es la persona que celebra con una empresa aseguradora un contrato de seguro y se obliga al pago de la prima.

**Asegurado.-** Es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos esta expuesta al riesgo, o bien, es quien contrata el seguro con la empresa aseguradora, comprometiéndose al pago de la prima estipulada y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones.

En los seguros de vida, accidentes y enfermedades, “es asegurado la persona física respecto de cuya existencia, integridad personal salud o vigor vital se contrata la cobertura.”<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> MARTÍNEZ GIL, José de Jesús. Ob. Cit. P. 44.

<sup>36</sup> DÍAZ BRAVO, Arturo. Ob. Cit. P. 159.

<sup>37</sup> Ibidem. P. 160.

## 2.4.2. OBJETO

El objeto del contrato de seguro lo constituye el interés asegurable que se traduce en el interés de carácter económico que el tomador del seguro o el asegurado deben tener respecto de un bien, siempre y cuando estén interesados en su conservación corriendo personalmente un riesgo en función de la cosa asegurada.

Cualquier persona puede asegurar una cosa o un derecho, si como resultado de la realización del riesgo se le ocasiona un perjuicio económico. Estar interesado en la conservación de un bien, es encontrarse vinculado con el mismo de tal modo que se obtenga beneficio de su existencia y perjuicio de su destrucción.

Se dice que no todo interés es asegurable, sino, sólo cuando se ve amenazado por un daño eventual (riesgo) y además, no todo interés asegurable, es necesariamente un interés asegurado. Para ello, se necesita la contratación de un seguro que proteja ese interés patrimonial contra el riesgo que lo amenaza, entonces el interés asegurable se convierte en interés asegurado.

El interés opera fundamentalmente en los seguros de daños la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 85 expresa que todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto del contrato. El seguro de personas se cubre también un interés económico, sólo que en el no se habla de vinculación, como en los seguros de cosas, entre el sujeto y el objeto. El asegurado busca la tutela contra un daño eventual, en interés de su propia vida o de la integridad de su persona, lo anterior encuentra su fundamento en el artículo 152 de la citada ley, que en su parte conducente establece:

**“Artículo 152**

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

Señala Halperin que el objeto del contrato de seguro será el interés asegurable que se traduce en la relación que existe sobre un bien amenazado por el riesgo.

El objeto del seguro en relación con las obligaciones de las partes se forma de dos elementos que son el riesgo y la prima.

#### **2.4.2.1. EL RIESGO**

El riesgo es la eventualidad dañosa o la incertidumbre de que un suceso pueda ocurrir y que ocasiona una pérdida económica.

El riesgo se puede definir también como la eventualidad de que ocurra un acontecimiento futuro el cual puede ser cierto o incierto pero de plazo indeterminado, dicho acontecimiento no depende de la voluntad del hombre por lo que puede no suceder, excepto la muerte que si ocurrirá pero no se sabe cuando.<sup>38</sup>

En materia de seguros el riesgo es el posible acontecimiento de realización incierta, cuya aparición real o existencia se previene y se garantiza en la póliza, el cual si sucede da derecho al asegurado de reclamar a la compañía aseguradora la

---

<sup>38</sup> VÁSQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Ob. Cit. P. 192.

indemnización prevista en la póliza, siempre y cuando se encuentre amparado en ésta el suceso ocurrido.

Si la aseguradora desea excluir cierta clase de riesgos, deberá hacerlo constar expresamente en el contrato, en caso contrario responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo, según lo establece el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Un riesgo no asegurable, considerado por la Ley como nulo, es el relativo al caso de muerte sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la persona sujeta a interdicción.

#### **2.4.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO**

El riesgo tiene las siguientes características:

**I. Incierto o Aleatorio.-** Sobre el riesgo tiene que haber una relativa incertidumbre, pues el acontecimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro.

La incertidumbre no sólo se materializa de la forma normal en que generalmente es considerada (ocurrirá o no ocurrirá), sino que en algunas ocasiones se conoce con certeza que ocurrirá, pero se ignora cuándo, como por ejemplo la muerte, ya que aunque es un hecho cierto y no eventual, lo incierto es la época en que ha de producirse, ignorándose cuándo y como ocurrirá, lo que permite que el seguro de vida cubra el riesgo de muerte.

**II. Posible.-** Debe de existir la posibilidad de que el riesgo pueda suceder, más sin embargo el contratante o asegurado debe de tener un interés en que el riesgo no suceda.

**III. Concreto.-** El riesgo ha de ser analizado y valorado por la aseguradora en dos aspectos, cualitativo y cuantitativo, antes de proceder a asumirlo. Sólo de esa forma la aseguradora podrá decidir sobre la conveniencia o no de su aceptación y, en caso afirmativo, fijar la prima adecuada.

**IV. Lícito.-** El riesgo que se asegure no debe ir en contra de las reglas morales o de orden público, ni en perjuicio de terceros. Este principio de licitud, tiene sin embargo dos excepciones, en el seguro de vida, en el cual se puede cubrir el riesgo de muerte por suicidio y en el seguro de responsabilidad civil en donde pueden garantizarse los daños causados a terceros cometidos por imprudencia.

El riesgo, como causa lícita, representa para el asegurado el interés sobre la asegurada, la conservación de la cosa objeto del contrato y el deseo de prever las consecuencias inevitables de un peligro determinado, conocido como el evento futuro de realización incierta, que de producirse ocasionará un daño.

**V. Fortuito.-** El riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la empresa y al asegurado, aunque en tal caso la aseguradora se reserva el derecho de ejercitar las acciones pertinentes contra el responsable de los daños, asimismo, es indemnizable el siniestro causado intencionalmente por cualquier persona, incluido el propio contratante o asegurado, siempre que los daños se haya producido por fuerza mayor o para evitar otros más graves.



Si no existe riesgo no hay objeto para el contrato de seguro, por ese motivo, el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, señala que la póliza entre otros requisitos deberá contener el momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía.

El artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, considera nulo el contrato de seguro si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiera ya realizado.

En su segunda parte del artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, precisa que los efectos del contrato puedan hacerse retroactivos por convenio expreso entre los contratantes, pero establece que en caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos.

En el supuesto de que el riesgo deje de existir después de la celebración del contrato, conforme al artículo 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, éste se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso, a no ser que los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo desapareciere en el intervalo, en ese caso la empresa sólo podrá exigir el reembolso de los gastos.

#### **2.4.2.1.2. ELEMENTOS ESENCIALES DEL RIESGO**

El riesgo en el contrato de seguro se constituye por cuatro elementos:

**1. La Suma Asegurada.-** Es la cantidad máxima que la compañía aseguradora se obliga a pagar, al asegurado o beneficiario, en caso de siniestro.

En materia de seguros, existen diferentes valores o bien diferentes conceptos de valor, como son:

a) Valor de reposición. Es la cantidad necesaria para reponer los bienes dañados por otros de igual clase y calidad, sin considerar depreciación por uso;

b) Valor real. Es igual al valor de reposición, menos la depreciación efectivo por uso;

c) Valor convenido. Es el valor que se ha acordado tomar como base para los efectos de la póliza.

El valor que se establece en la póliza, no necesariamente determina el monto indemnizable, sino la suma máxima que deberá la compañía aseguradora pagar en caso de siniestro.

Se dice que la indemnización es al daño, como la suma asegurada es al valor asegurable, estableciéndose las siguientes soluciones:

a) Si el siniestro es total, se indemnizará por todo el monto asegurado, y

b) Si el siniestro es parcial, sólo se indemnizará en la proporción que resulte de la relación entre la suma asegurada y el valor total asegurable.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 90 establece que: "si el valor asegurado sufre una disminución esencial durante el curso del contrato de seguro, cada uno de los contratantes tendrá derecho a exigir la reducción correspondiente de la suma asegurada, en cuyo caso la prima sufrirá la reducción proporcional para los períodos posteriores del seguro."

Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro, según lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El artículo 92 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro indica que “salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa responderá de manera proporcional al daño causado”. De donde, en caso de siniestro parcial y bajo seguro, el asegurador deberá indemnizar el daño sufrido por el asegurado, en la proporción que exista entre el valor del interés asegurado y la suma asegurada.

**2. Duración del Seguro.-** La práctica ha establecido el año como la unidad de tiempo, dentro del cual tiene duración el seguro, con respecto a todos sus efectos técnicos y contractuales. La elección de este período no es casual, en virtud de que, de acuerdo a las estadísticas se elige al año como punto de comparación. Bajo esta premisa la totalidad de riesgos que asume el asegurador, nace del conjunto de riesgos particulares que tiene a su cargo durante un año.

A este respecto, el artículo 34 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, señala que se entiende por período del seguro el lapso para el cual resulta calculada la unidad de la prima y, en caso de duda, señala que se entenderá que el período del seguro es de un año.

Desde luego, la prima se prevee en función del riesgo, de la duración y de la suma asegurada, debido a que ese cálculo se realiza previamente y no hasta que transcurre el período convenido.

**3. Probabilidad del Siniestro.-** El riesgo puede ser constante o progresivo. Es constante cuando no puede alterarse la probabilidad de siniestro durante el tiempo del contrato, como en el caso del riesgo de incendio; y es progresivo

cuando la probabilidad del siniestro crece por el transcurso del tiempo, como es el caso de los riesgos de muerte y de enfermedad.

**4. Grado Probable de Intensidad del Riesgo.-** El riesgo puede tener varios grados de intensidad, desde la destrucción total del objeto, o hasta la posibilidad de que éste sufra deterioros o menoscabo que no impliquen la eliminación completa de su valor.

#### **2.4.2.2. LA PRIMA**

La prima del seguro constituye la prestación correlativa subordinada al siniestro frente al asegurador, ésta se cumple pagando una suma de dinero a fin de que la aseguradora este en posibilidades de formar el fondo que se requiere para pagar los siniestros, la prima puede pagarse en una sola exhibición o en parcialidades.

La prima se calcula por un período de tiempo llamado vigencia, que coincide con los cálculos estadísticos y actuariales, se dice que es pura cuando contempla el valor exacto del riesgo asumido, sin tomar en cuenta ningún gasto de la empresa para su operación, la prima es comercial cuando además contiene los recargos y gastos de la empresa para su operación y es la que generalmente pagan los asegurados.

Si no hubiese sido pagada la prima y el asegurado no cumple con el pago de ésta dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del seguro cesan automáticamente y en consecuencia el asegurador no esta obligado a cumplir con las obligaciones pactadas, según lo dispone el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**“Artículo 40**

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a

treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.....”

A mayor abundamiento se transcribe la siguiente tesis jurisprudencial:

Tesis aislada  
Materia(s): Administrativa  
Octava Época  
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito  
Fuente: Semanario Judicial de la Federación  
Tomo: IX, Junio de 1992  
Tesis:  
Página: 426

**SEGUROS, CONTRATO DE. SUS EFECTOS JURÍDICOS.**

Siendo el contrato de seguro de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados en relación al objeto, cosa, precio y demás términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no entrega de la póliza correspondiente al asegurado ni que éste haya cubierto a aquélla el importe de la prima; sin embargo, si el asegurado no cubre a la aseguradora la prima convenida, que de acuerdo a lo dispuesto en el diverso artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro vence en el momento de la celebración del contrato, los efectos del mismo se prolongan únicamente hasta las doce horas del día treinta natural siguiente a la fecha de su vencimiento, conforme a lo previsto en el artículo 40 del propio ordenamiento legal.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 2961/91. Jorge Benigno Ortiz Juárez. 18 de febrero de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: Julio Humberto Hernández Fonseca. Secretario: Carlos Ruiz Constantino.

La obligación del asegurado es pagar la prima, pero en su nombre pueden hacerlo las personas que tengan interés en la continuidad del seguro como pueden ser los beneficiarios o terceros asegurados según lo establece el artículo 42 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **2.5. ELEMENTOS DE VALIDEZ DEL CONTRATO DE SEGURO**

Además de los elementos esenciales del seguro, el contrato de seguro como una categoría muy específica de los actos jurídicos requiere el estudio de sus elementos de validez, los cuales son: la capacidad de las partes contratantes, la ausencia de vicios en el consentimiento y la licitud en el objeto.

### **2.5.1. CAPACIDAD**

Es la aptitud de las personas para ser titulares de derechos y obligaciones y para hacerlos valer por sí mismas en el caso de las personas físicas o por conducto de sus representantes legales, en el caso de las personas morales, la capacidad puede ser de goce y de ejercicio. La primera es la aptitud de las personas para ser titulares de derechos y de obligaciones, se concede a toda persona tanto física como moral. Por otra parte, la capacidad de ejercicio se refiere a la aptitud de hacer valer y ejercitar esos derechos o para cumplir obligaciones.

En el caso del contrato de seguro, la aseguradora por ser considerada como una institución o sociedad mutualista de las que conforman el sistema financiero mexicano, requiere de autorización para operar en el ramo de actividades que conforman su objeto social, a lo que debe agregarse el hecho relativo a la exigencia legal de constituirse como una sociedad anónima, por lo que el ejercicio de sus derechos y obligaciones tiene lugar a través de la representación jurídica depositada en sus órganos sociales, mandatarios y agentes, los que a su vez es menester que cuenten con la capacidad de ejercicio para tal efecto.

En cuanto al tomador de seguro que es la persona que asume en forma directa el cumplimiento de las obligaciones que dimanen del contrato a su cargo,

es menester la capacidad de ejercicio, referidas a condiciones de mayoría de edad y discernimiento de facultades mentales.

Pero no siempre, quien celebra el contrato con la compañía aseguradora es el que está expuesto al riesgo, es decir, quien puede sufrir un daño en su persona o en su patrimonio, pues el contrato de seguro puede ser celebrado por una persona distinta al asegurado.

El seguro puede ser contratado por un representante sea legal o convencional, como lo prevee el artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en materias de seguros, se puede celebrar este contrato, por cuenta de un tercero, de quien no se tenga representación legal ni convencional como lo prevé el artículo 10º de la misma ley, situación que analizaremos más detalladamente en el capítulo cuarto.

## **2.5.2. AUSENCIA DE VICIOS EN EL CONSENTIMIENTO**

Como todo contrato el seguro requiere igualmente que las voluntades de sus partes no se encuentren afectadas en el momento de su celebración por vicio alguno, que de haber sido de su conocimiento en forma oportuna hubiese influido en la determinación de no celebrarlo; lo anterior sucede y puede ser atribuible a las actitudes de carácter subjetivo que guardan relación con la noción que se tenga respecto a una realidad, los cuales son: el error, la mala fe y el dolo; mismos que deben vincularse con ese factor predominante en el contrato de seguro, que es la buena fe que debe existir en sus partes contratantes.

**a.- El error.** Es el conocimiento equívoco de la realidad. Se concibe como un estado subjetivo en el cual un juicio o idea, no concuerda con una realidad o verdad objetiva. El error como vicio de la voluntad no debe ser confundido como el error como factor determinante de la integración de la voluntad o del acuerdo de

voluntades. En tanto que el primero no impide la integración del conocimiento, al recaer en las cualidades del objeto o de las personas por las que se realiza un acto jurídico, llega a existir y producir consecuencias de derecho, de tal manera que quien lo llega a sufrir no hubiera celebrado el acto jurídico de haber tenido conocimiento del mismo con anterioridad y da únicamente lugar a la nulidad; el segundo, o sea, el error como factor determinante de la voluntad, no permite la integración del elemento esencial que es el consentimiento, sin llegar a existir el acto jurídico y, consecuentemente, no produce efectos jurídicos, por ser en este caso no nulo sino inexistente.

**b.- El dolo.** Es el empleo de cualquier medio ilegal para inducir a error a una de las partes contratantes y así obtener su voluntad en la formación de un contrato.

El Código Civil en su artículo 1815 define al dolo como: “Se entiende por dolo en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes.”

El dolo se clasifica según la doctrina en dolo principal y dolo incidental, el primero es el que motiva la nulidad del acto, porque engendra un error que es a su vez la causa única por la cual se celebró. El dolo incidental origina un error de importancia secundaria, que a pesar de conocerse se hubiere celebrado la operación. Dolo incidental, por consiguiente, no nulifica el acto jurídico.

**c.- La mala fe.** El artículo 1815 del Código Civil para el Distrito Federal la define como: “Se entiende por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido.”

La mala fe en el derecho se equipara al dolo, siendo la primera la disimulación de error por parte de un contratante una vez conocido, para que el



otro se obligue, bajo esa falsa creencia; es decir, en la mala fe no se provoca el error, simplemente el contratante se aprovecha del que advierte en la otra parte, y esta actitud pasiva para aprovecharse de la otra parte y obtener ventajas indebidas, se equipara al dolo, por cuanto que también origina la nulidad del contrato, siempre y cuando el error en que incurrió voluntariamente la parte contratante, sea determinante de la voluntad. Es decir, el dolo es activo; porque implica maquinaciones o artificios para inducir en error. La mala fe es pasiva; simplemente se aprovecha un contratante del error en que la otra parte está incurriendo, y no le advierte de esta circunstancia, con la dañada intención de aprovecharse de ella.

Debemos señalar que nuestros más altos tribunales han sostenido que al no existir disposición expresa sobre el elemento consentimiento, ni el Código de Comercio ni la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en casos de que exista vicios en el consentimiento de las partes contratantes en un contrato de seguro, debe aplicarse supletoriamente el Código Civil de acuerdo al artículo 81 del Código de Comercio, a mayor abundamiento se transcribe la siguiente tesis jurisprudencial:

No. Registro: 240,400

Tesis aislada

Materia(s): Civil

Séptima Época

Instancia: Tercera Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Tomo: 175-180 Cuarta Parte

Tesis:

Página: 203

Genealogía:

Informe 1977, Segunda Parte, Tercera Sala, tesis 160, página 142.

**SEGURO, NULIDAD POR VICIOS DEL CONSENTIMIENTO EN EL CONTRATO DE. ES APLICABLE SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL.**

El contrato de seguro es un contrato mercantil que se rige por la Ley sobre el Contrato de Seguro, y en defecto de disposición expresa en ésta, por el Código de Comercio, el que a su vez lo suple el Código Civil, de acuerdo con el artículo 81 del Código de Comercio; y

como el contrato de seguro requiere necesariamente para su existencia que haya objeto y consentimiento, al no haber disposiciones expresas en la ley especial de seguros ni en el Código de Comercio sobre el elemento consentimiento, es claro que debe acudirse al Código Civil. Debe tenerse en cuenta que en el contrato de seguro la buena fe es elemento esencial para su celebración, y de allí se desprende la importancia que en un caso concreto puedan tener los vicios de la voluntad para otorgar un seguro; por ello, la ley le otorga singular trascendencia a las declaraciones que el solicitante de un seguro formula a la empresa aseguradora, declaraciones sustanciales y que forman parte de los requisitos que determinan que ésta acepte o no celebrar el contrato de seguro, previendo la misma ley sobre el contrato de seguro una sanción rigurosa para el caso de que el solicitante declare falsamente, ya sea por error, omisión o dolo, en términos de los artículos 1o. 8o. y relativos de la propia ley, y que consiste en la rescisión de pleno derecho del contrato, lo que no impide que pueda acudirse al Código Civil para invocar la nulidad por los vicios del consentimiento que puedan existir en la celebración del contrato de seguro y que no estén perfectamente determinados en la ley sobre el contrato de seguro. Y si el asegurado incurre en omisiones, falsas e inexactas declaraciones en sus solicitudes para obtener las pólizas de seguros, al no manifestar sus verdaderas actividades, y esa actitud dolosa determina que la aseguradora celebre el contrato influida por el error en que lo hace caer el asegurado, al provocar que tenga aquella una equivocada apreciación del riesgo que está asegurando, y al existir tal error en su voluntad, se encuentra en aptitud de invocar la nulidad del contrato de seguro. Así pues, en este punto sí es aplicable supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal.

Amparo directo 194/76. Seguros América Banamex, S.A. 2 de febrero de 1977. Cinco votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas. Secretario: José Rojas Aja.

Séptima Época, Cuarta Parte:

Volúmenes 175-180, página 145. Amparo directo 8453/81. Frieda Borghardt Cisneros viuda de Setzer. 5 de octubre de 1983. Cinco votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas.

Véase: Semanario Judicial de la Federación, Séptima Época, Volumen 71, Cuarta Parte páginas 39, 41 y 43.

### 2.5.3. LA LICITUD

Este elemento de validez de los actos jurídicos consiste en la no contravención a las disposiciones vigentes de interés público, a las buenas costumbres y al acatamiento de imperativos de conducta.

El artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su fracción I establece que las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros.

El Código Civil para el Distrito Federal, hace alusión a este elemento de validez en sus artículos 1830 y 1831, que dicen:

**“Artículo 1830.-** Es ilícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o de las buenas costumbres.

**Artículo 1831.-** El fin o motivo determinante de la voluntad de los que contratan, tampoco debe ser contrario a las leyes del orden público ni a las buenas costumbres.”

Motivo por el cual el párrafo cuarto del artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que en su parte conducente se transcribe, concede al contratante, asegurado, beneficiario o causahabiente de un contrato de seguro el derecho de solicitar la anulación del contrato o cláusula del mismo, siempre que éstos no hayan sido registrados ante la Comisión de Seguros y Fianzas conforme a lo que establece la citada ley.

**“Artículo 36-B.-**

.....  
.....  
El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a que se refieren el presente artículo, así como el artículo 36-D de esta Ley, es anulable, pero

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 contra aquéllos.”

## 2.6. OPERACIONES Y RAMOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Los contratos de seguros comprenden las operaciones de vida, accidentes y enfermedades y daños.

De conformidad con el artículo 7 de la Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros, las operaciones de vida y de accidentes y enfermedades, comprenden los siguientes ramos:

- a) **Accidentes personales.** Contratos de seguro que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito;
- b) **Gastos Médicos.** Contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad; y
- c) **Salud.** Contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Dentro de las operaciones de Daños se encuentran los ramos de:

- a) Responsabilidad Civil y riesgos profesionales.** Contratos de seguro que tiene como objeto el pago de la indemnización que el asegurado deba a un tercero como consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato;
- b) Marítimo y transportes.** Éste ramo de seguro comprende los gastos necesarios para el salvamento de los objetos asegurados, es decir, implica el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que sufran los muebles y semovientes objeto de traslado. Pueden igualmente asegurarse los cascos de embarcaciones y los aeroplanos, para obtener el pago de la indemnización que resulte por los daños o la pérdida de unos u otros, o por los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo de su funcionamiento;
- c) Incendio.** En éste ramo de seguros la empresa aseguradora, contrae la obligación de indemnizar los daños y pérdidas causados, ya sea por incendio, explosión, fulminación o cualquier otro accidente de naturaleza semejante;
- d) Agrícola y de animales.** En éste ramo la empresa aseguradora pagara una indemnización o resarcimiento de inversiones, por los daños o perjuicios que sufren los asegurados por pérdida parcial o total de los provechos esperados de la tierra o por muerte, pérdida o daños ocurridos a sus animales;
- e) Automóviles.** En éste seguro la compañía aseguradora cubre el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdidas del automóvil y a los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil;

- f) Crédito.** Consiste en el pago de la indemnización de una parte proporcional de las pérdidas que sufra el asegurado como consecuencia de la insolvencia total o parcial, de sus clientes deudores por créditos comerciales;
  
- g) Diversos.** Consiste en el pago de la indemnización debida por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas por cualquier otra eventualidad, un ejemplo sería el seguro de cinematografía, seguro de ingeniería y
  
- h) Terremoto y otros riesgos catastróficos.** Contratos de seguro que tiene como objeto el pago de la indemnización por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas como consecuencia de eventos de periodicidad y severidad no predecibles.

## **CAPÍTULO TERCERO**

### **SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

#### **3.1. NATURALEZA DEL SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

El hombre desde que nace se ve expuesto a riesgos que pueden afectar su integridad física, por lo que es necesario cuidar nuestra salud y tomar las medidas necesarias para evitar accidentes y enfermedades, por lo cual es importante que desde el nacimiento de un individuo éste sea provisto de cuidados orientados a preservar su vigor vital, que incluyan desde una sana alimentación y condiciones ambientales adecuadas, hasta el suministro de vacunas, cuya función, como sabemos, es prevenir la aparición o disminuir la intensidad de algunas enfermedades, además de que se necesita recibir la educación necesaria que le permita conocer al hombre las reglas de higiene, seguridad, respeto hacia los demás, prudencia, etc., para que su salud conserve el nivel más adecuado posible, dentro de las condiciones ambientales que le rodean y de esa manera se obtendría una vida saludable y duradera.

Sin embargo, hoy en día, debido al nivel de vida tal acelerada que llevamos los individuos y a los riesgos a que estamos expuestos al salir a la calle, aunque se tomen todas las medidas de prevención éstas son insuficientes para estar exentos de un accidente o de tener un organismo siempre saludable, situaciones que provocan que lleguemos a contraer enfermedades o accidentes las cuales en ocasiones pueden provocar la muerte.

Como respuesta a la necesidad de recuperación de la salud que enfrentamos los individuos en general, en alguna etapa de nuestra vida, se ha desarrollado la ciencia médica, cuyos tratamientos especializados suelen ser tan costosos que llegan a desequilibrar el presupuesto de una familia y crear en ella dificultades financieras, en caso de que alguno de sus miembros requiera de un gasto médico mayor en donde podría darse el caso que falleciera individuo encargado del sostén económico. Ante tal eventualidad surge la importancia de contar con un seguro de vida o de gastos médicos.

### **3.2. CONCEPTO DE SEGURO DE VIDA**

Para Donati el seguro de vida es “aquel contrato de seguro con el cual el asegurador se obliga a pagar un capital o una renta al producirse la muerte o sobrevivencia del asegurado, a un tiempo determinado”.<sup>39</sup>

Para Halperin “el seguro sobre la vida es un verdadero seguro; ya que se da el riesgo y la prima, hay riesgo porque la muerte influye con un alea capaz de oscilaciones amplísimas sobre las obligaciones de los contratantes, sea que apresure, retarde o extinga el cumplimiento”.<sup>40</sup>

### **3.3. MODALIDADES DEL SEGURO DE VIDA**

Existen dos modalidades para este contrato de seguro los cuales son en caso de sobrevivencia y en caso de fallecimiento del asegurado.

#### **3.3.1. SEGURO EN CASO DE SOBREVIVENCIA**

En el seguro de vida en caso de sobrevivencia, es el propio asegurado quien recibe la suma pactada en la póliza, ya sea e forma de capital o de una

---

<sup>39</sup> DONATI, Antigono, *Los Seguros Privados, Manual de Seguros*, Tercera Edición, Editorial Bosh, Barcelona, 1970, P. 450.

<sup>40</sup> HALPERIN, Isaac, *Lecciones de Seguros*, Octava reimpresión, Editorial Depalma, Buenos Aires, 1997, P. 105.



renta, siempre y cuando éste viva en la fecha predeterminada en el contrato de seguro.

Las modalidades básicas de este tipo de contrato de seguro de sobrevivencia son:

**a) De capital diferido.** La compañía de seguros se compromete a entregar la suma asegurada al vencimiento del plazo convenido en el contrato, si el asegurado sobrevive en esa fecha.

**b) De renta vitalicia.** A cambio de una prima única o de varias, la compañía de seguros garantiza el pago de una renta a una o varias personas (beneficiarios designados), hasta la muerte del asegurado, en cuyo caso cesa dicho pago y el seguro se inicia en la fecha que éste pacte con la aseguradora, que se va a retirar y que ya no percibirá un salario remunerativo por un trabajo desarrollado por así haberle deseado el asegurado o por imposibilidad física.<sup>41</sup>

**c) De capitalización.** La compañía se compromete a pagar al asegurado un capital al vencimiento del contrato, a cambio de la obligación del contratante o asegurado de realizar el pago de primas periódicas a la compañía de seguros durante la vigencia del contrato, siempre y cuando el asegurado sobreviva a la fecha de vigencia de la póliza de seguro.

**d) De jubilación.** Consiste en el pago de un capital o renta al asegurado a partir de que alcance la edad de su jubilación, la cual puede ser vitalicia, dentro de éstas existe el plan de pensiones el cual es un instrumento de previsión voluntaria por el que las personas que lo constituyen tienen derecho, en las condiciones y cuantías establecidas, a percibir rentas o capitales por jubilación, supervivencia,

---

<sup>41</sup> VALDÉS, Verónica, *Proteja su dinero*, Revista de Cultura Financiera, Comisión Nacional para la Protección y de Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Noviembre, 2004, P. 27.

viudez, orfandad o invalidez, a cambio de las contribuciones económicas que se aporten a tales efectos.

### 3.3.2. SEGURO EN CASO DE FALLECIMIENTO

En el seguro de vida en caso de fallecimiento es el beneficiario del asegurado, designado expresamente por éste ante la aseguradora, quien recibirá de ésta la suma asegurada estipulada en el contrato de seguro solamente cuando se produzca el fallecimiento del asegurado, y dentro de la vigencia de la póliza, ya sea por causa natural o accidental.

Las modalidades de este seguro pueden ser:

**a) De vida entera.** Garantizan el pago de una suma asegurada inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, sea cual fuere la fecha en que ocurra dicho fallecimiento y tiene, a su vez, dos modalidades:

- **Pago de primas vitalicias.** El pago de las primas se mantiene hasta el fallecimiento del asegurado.

- **Pago de primas limitado a un cierto número de años.** Las primas correspondientes se pagan sólo durante un período determinado.<sup>42</sup>

**b) Sobre dos o más vidas.** Es un seguro de vida entera que se caracteriza porque existen simultáneamente, dos o más personas aseguradas que son a la vez beneficiarios recíprocos por lo que, si fallece cualquiera de ellas dentro del

---

<sup>42</sup> Ibidem. P.P. 28 - 29.

límite estipulado en el contrato, la compañía de seguros pagará la indemnización prevista al sobreviviente o los sobrevivientes, según sea el caso.

**c) Temporal.** Se caracteriza porque la suma asegurada se paga inmediatamente después de la muerte del asegurado, siempre que ésta ocurra dentro del plazo de duración del seguro; si sobrevive, el seguro se cancela y la asegurada retiene las primas.

### **3.3.3. SEGURO MIXTO**

Éste tipo de modalidad del seguro de vida se encuentra integrado por un seguro de ahorro y un seguro de riesgo, en virtud del cual, si el asegurado fallece antes del plazo previsto, se entregará a sus beneficiarios la indemnización estipulada, y si sobrevive a dicho plazo se entregará a dicho asegurado el capital establecido por el contrato.

### **3.4. BENEFICIOS POR REDUCCIÓN DE EDAD, OTORGADOS EN EL SEGURO DE VIDA**

Para determinar el pago de la primas de un contrato de seguro de personas, las compañías aseguradoras toman en cuenta la edad del asegurado, haciendo una reducción de edad tanto a mujeres como a personas no fumadoras.

**Descuento para mujeres.-** Conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la mayoría de las compañías aseguradoras consideran que la edad de la persona que ha sido aceptada como asegurada, para efectos de determinación de primas, es de tres años inferiores a su edad real.

**Descuento de no fumador.-** El proponente que, de acuerdo con las declaraciones en la solicitud respectiva, ha sido aceptado por la empresa aseguradora como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas, es de dos años inferiores a su edad real.

### **3.5. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS, OTORGADOS EN EL SEGURO DE VIDA**

En el seguro de vida el proponente del seguro puede contratar un beneficio adicional en caso de muerte por accidente o si llegase a sufrir una pérdida orgánica a consecuencia de éste.

La indemnización en caso de fallecimiento, se pagará a los beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se efectuará directamente al asegurado.

Para las indemnizaciones de perdidas orgánicas, las compañías aseguradoras se basan en tablas elaboradas por éstas, en donde de cierta manera les ponen un valor a cada órgano, por ejemplo si se pierde ambas manos pagan el 100% de la suma aseguradora, pero si el asegurado pierde un solo pie o mano pagan el 50% de la suma pactada.

### **3.6. EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS EN EL SEGURO DE VIDA**

Las exclusiones son excepciones de pago a la cobertura contratada, casi invariablemente la mayoría de las compañías aseguradoras excluyen para lo

cobertura adicional de muerte accidental o perdidas orgánicas los siguientes riesgos:

**1. Accidentes por participación del Asegurado en:**

**A.** Servicio militar, actos de guerra, revolución.

**B.** Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado.

**C.** Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

**D.** Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte,

**E.** En riña cuando el asegurado la haya provocado.

**F.** Motociclismo.

**2.** Accidentes que ocurran al encontrarse el asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, que opere en una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.

**3.** Lesiones auto inflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.

**4.** Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

5. Muerte o lesiones por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico, o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico.

6. Homicidio como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales.

### **3.7. EL BENEFICIARIO EN EL SEGURO DE VIDA**

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el seguro de vida, el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

El beneficiario puede ser designado al momento de contratar la póliza; sin embargo, puede hacerse posteriormente mediante un escrito que se deberá entregar a la empresa aseguradora, quien a su vez elaborará un documento llamado endoso, en el cual quedara establecido quienes serán los beneficiarios del seguro. “Si en el contrato de seguro no se hubieran designado beneficiarios, la indemnización se pagará a quien contrato el seguro o a sus herederos de acuerdo a quien el asegurado haya designado en su testamento o a quienes por la ley les corresponda.”<sup>43</sup>

Los derechos de los beneficiarios sobre la indemnización, se establecen en una cláusula especial que se encuentra dentro del contrato de seguro, y estos derechos pueden ser exigidos directamente a la aseguradora por las personas designadas como beneficiarios, según lo dispuesto por el artículo 166 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

---

<sup>43</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. Cit. P. 175.

Si una persona señala en su contrato de seguro como beneficiarios a sus hijos, sin mencionar, los nombres de éstos, se entenderá que ha designado a aquellos descendientes que por la ley tienen derecho a la herencia, según lo establece el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si en el contrato de seguro fueron designados como beneficiarios los hijos del asegurado y su cónyuge, sin determinar los porcentajes que se le pagarán a cada uno de ellos, la empresa aseguradora entregará el 50% de la indemnización al cónyuge y el 50% a los hijos que de acuerdo a la ley tengan este derecho.

### **3.8. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

El seguro de Gastos Médicos se encuentra dentro de la operación de vida, accidentes y enfermedades y cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto en el contrato.

Por accidente se entiende el “evento proveniente de una causa externa, súbita, violenta, instantánea, fortuita”,<sup>44</sup> sin que intervenga la voluntad del asegurado, que produzca lesiones o la muerte del asegurado dentro de la vigencia del seguro, generalmente el riesgo a que esta expuesto el asegurado deriva de la índole del oficio o del trabajo de éste por lo que el cambio de actividad puede agravarlo, si se presenta dicha circunstancia el asegurado deberá hacerlo del conocimiento de la compañía aseguradora, toda vez que, a está le asiste el derecho de rescindir el contrato por el agravamiento del riesgo a consecuencia del cambio del trabajo.

Se entiende por enfermedad toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del asegurado que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o

---

<sup>44</sup> VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Ob. Cit. P. 257.

enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas dentro de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

Para que una enfermedad se considere cubierta por el seguro de Gastos Médicos, es requisito que su primera manifestación se presente cuando menos treinta días después de la fecha de contratación original de la póliza, respecto a cada asegurado. Este período de espera no aplica en las renovaciones de cobertura o con endoso de antigüedad, esto quiere decir, que el asegurado puede haber estado cubierto por una póliza de seguro de otra compañía y se cambie de aseguradora sin interrumpir sus períodos de seguro, acreditando a la nueva aseguradora con su póliza anterior y recibo de pago que estuvo asegurado el año inmediato anterior, el endoso de antigüedad le brinda la eliminación de tiempos de espera dándole derecho al pago de los gastos médicos erogados con motivos de enfermedades que tengan especificado un tiempo de espera.

### **3.8.1. CLASES DE ASEGURADOS EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

El contrato de gastos médicos mayores se efectúa al amparo de una póliza que puede contratarla cualquier persona física o moral para sí o para terceras personas quien se obliga al pago de la primas y se distinguen dos clases de asegurados, como a continuación se describe:

**- El asegurado principal.-** Es aquella persona que firma como responsable en la solicitud de seguro, que por lo regular es la que provee de recursos a su familia y es la persona en función de cuya actividad económica tiene lugar la cobertura de seguro, ya sea que de manera directa haya efectuado el pago de la prima, o bien que como parte de sus prestaciones laborales, tanto él como los que



dependen económicamente de sus ingresos, cuenten con la protección del seguro.<sup>45</sup>

- **Dependientes económicos.**- En general, se consideran dependientes económicos del asegurado principal al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan remuneración alguna por trabajo personal. En caso de que el asegurado principal sea soltero, se consideran como dependientes económicos a sus padres, siempre que las edades de éstos se encuentren dentro de los límites de aceptación para ser asegurados que por lo regular es hasta los 70 años.<sup>46</sup>

Para efectos del seguro de Gastos Médicos, son las personas que gozan de esta cobertura, en función de la gestión realizada por una persona distinta a ellos, de la cual dependen para su manutención.

### **3.8.2. APERTURA DE LOS CONTRATOS DE GASTOS MÉDICOS**

Con respecto a la apertura de los contratos, podemos distinguir en el mercado mexicano dos clases de productos; los planes limitados y los planes amplios.

En los primeros, se determina una cantidad máxima indemnizable para cada uno de los conceptos de cobertura. Sin embargo, su característica fundamental es que se aplica un catálogo para determinar el monto procedente por honorarios quirúrgicos, de acuerdo a la naturaleza de cada intervención.

Se conoce por planes amplios, a aquellos en los que la indemnización procede hasta el gasto erogado para cada concepto de cobertura, pero sin rebasar

---

<sup>45</sup> MEJIA, TAPIA Pedro, Actualidad en Seguros y Fianzas, *Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México*, Documento de Trabajo número 28, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Septiembre, 1993, P. 9.

<sup>46</sup> Ibidem. P. 10.

en su conjunto la suma asegurada. En estos productos no se maneja el catálogo de intervenciones quirúrgicas.

### **3.8.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL MONTO DEL SINIESTRO EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

En cada siniestro existen gastos que quedan a cargo del asegurado, ya sea por la naturaleza del padecimiento o como una condición establecida en el contrato de seguro.

El deducible es una cantidad inicial de la reclamación, que absorbe el asegurado, fija para cada contrato, por el cual se impide que se presente a la aseguradora un gran número de gastos médicos menores, de poca importancia para la economía familiar.

El coaseguro es un porcentaje del monto de cada siniestro, que se aplica una vez aplicado el deducible y el cual también queda a cargo del asegurado y que tiene por objeto hacer a éste partícipe, tanto del cuidado preventivo de su propia salud, como del importe de los gastos hospitalarios, honorarios médicos y demás en los que deba incurrir a consecuencia de una enfermedad.

En caso de accidente las compañías aseguradoras no aplican el deducible ni el coaseguro.

### **3.8.4. GASTOS CUBIERTOS EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que haya tenido tratamiento médico y/o quirúrgico cubierto en la póliza, el asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados a continuación, las compañías aseguradoras reembolsan el costo de los mismos hasta por un porcentaje o el total en su caso, de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas

en la carátula de la póliza por tipo de gasto, deducible, coaseguro, inicio de vigencia y período de cobertura, así como las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura.

Los gastos que cubren la mayoría de las compañías aseguradoras son:

**a) Honorarios de médicos por intervenciones quirúrgicas.**

La compañía aseguradora pagará como máximo, la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje establecida en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada operación, a la suma asegurada máxima contratada para esta cobertura. En caso de que se haya eliminado dicha tabla, se pagará hasta el tope de la suma asegurada pactada para esta cobertura.

La cantidad de honorarios quirúrgicos que se pague incluirá las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos, anesthesiólogos, ayudantes e instrumentistas.

**b) Cuarto de Hospital.**

Se cubrirá el costo de habitación privada estándar de acuerdo al plan contratado, las medicinas y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante, por cada día de hospitalización, siempre que la severidad del padecimiento lo requiera.

**c) Honorarios por consultas médicas y atención quirúrgica.**

Se cubrirán estos honorarios, siempre que los médicos no sean familiares del asegurado. En la carátula de la póliza se establece la cantidad máxima para cubrir estos honorarios.

**d) Exámenes de laboratorio y/o gabinete.**

Como pueden ser análisis de laboratorio o estudios de rayos x, isótopos radioactivos, ecocardiografía, electrocardiografía, encefalografía, resonancia magnética, tomografías o cualquier otro estudio, siempre y cuando sean necesarios para detectar o determinar el origen del accidente y/o enfermedad objeto de la reclamación.

**e) Honorarios de enfermera.**

Siempre que esté legalmente autorizada para ejercer su profesión y cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante y la incapacidad del paciente lo requiera.

**f) Medicamentos fuera del hospital.**

Se pagarán los medicamentos adquiridos fuera del Hospital siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y el recibo sea acompañado por la receta correspondiente.

**g) Transfusiones y aplicaciones.**

Se incluyen aplicaciones de sangre, suero y otras sustancias semejantes que sean necesarios para el control del accidente y/o enfermedad, cubiertos por la póliza, motivo de la reclamación.

**h) Consumo de oxígeno.**

Siempre que sea necesario para el control del accidente y/o enfermedad cubiertos y sea prescrita por el médico tratante.

#### **i) Servicios de terapia.**

Como puede ser física, radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, inhaloterapia, terapia intensiva o intermedia, siempre y cuando sean respecto del accidente y/o enfermedad cubierto en la póliza.

#### **j) Renta de equipo.**

Gastos originados por el uso de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial y otros aparatos que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.

Para hacer efectiva esta cláusula será necesario que el asegurado notifique a la compañía aseguradora del requerimiento del equipo mencionado en el párrafo anterior, quien le asesorará sobre la renta o adquisición del mismo.

En los casos, en los cuales el equipo haya sido adquirido, se entenderá que éste es propiedad de la aseguradora y por lo tanto deberá ser devuelto una vez concluido su uso.

#### **k) Aparatos ortopédicos y prótesis.**

Estarán cubiertos todo tipo de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran para la función del órgano o miembro afectado, exceptuando los dentales, en cuyo caso sólo se cubrirán cuando sean indispensables a consecuencia de un accidente y hasta por el límite especificado en la carátula de la póliza.

#### **l) Servicios de ambulancia.**

Sólo se cubre la ambulancia terrestre dentro de los límites territoriales de la República Mexicana cuando el asegurado manifieste una alteración de la salud

que por sus síntomas y signos sean de tal severidad que pongan en peligro su vida y/o la funcionalidad de sus órganos.

**m) Ambulancia aérea en caso de emergencia médica.**

Cubre la transportación en ambulancia aérea, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura, en territorio nacional si a consecuencia de una emergencia médica, el asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención. Considerándose como emergencia médica, la aparición repentina de una alteración de la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de sus órganos.

**n) Parto o cesárea.**

La aseguradora cubrirá anualmente sólo un parto u operación cesárea, hasta por un monto que en ningún caso será superior al indicado por esta cobertura en la carátula de la póliza, siempre que el parto o operación cesárea se realice cuando menos diez meses después de la fecha de celebración del contrato de seguro.

**ñ) Complicaciones de embarazo o del parto.**

Todas las complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio estarán cubiertas sólo por evento con una suma asegurada máxima de diez veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando requiera hospitalización.

### **3.8.5. GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS.**

La mayoría de las aseguradoras cubren tratamientos médicos y/o quirúrgicos de los siguientes padecimientos, siempre y cuando las primeras manifestaciones se presenten después de doce meses a la celebración del contrato de seguro:

- Padecimientos generados por la formación de cálculos en el organismo.
  
- Padecimientos ginecológicos y propios de la mujer.
  
- De la columna vertebral.
  
- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
  
- Del piso perineal.
  
- Padecimientos de glándulas mamarias.
  
- Hemorroides, fístulas, y fisuras rectales o prolapsos del recto.
  
- Amigdalitis.
  
- Hernias.

- Con un período de espera, las derivaciones secundarias del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

### **3.8.6. GASTOS NO CUBIERTOS EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

Las pólizas de Gastos Médicos establecen la exclusión de algunos conceptos, ya sea por la frecuencia con la que se presentan; por la intervención de la voluntad del asegurado en la agravación del riesgo; porque se trate de tratamientos no reconocidos por la práctica médico-científica.

Entre los padecimientos excluidos por su alta incidencia se pueden mencionar:

- Padecimientos preexistentes, los cuales son definidos por el sistema asegurador, como aquellos padecimientos que por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidos; cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado y por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes de la fecha de alta del asegurado.

-Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis o alteraciones del sueño, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.

- Aborto intencional, así como sus secuelas o complicaciones.



- Padecimientos que resulten de alcoholismo o toxicomanías, así como aquellos derivados de accidentes que ocurran a consecuencia de los efectos de alcohol o drogas, excepto las prescritas por un médico.

- Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente y/o enfermedad ocurrida durante la vigencia de la póliza. Asimismo tratamientos médicos o quirúrgicos para reducción de peso, obesidad, acné y calvicie.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones.

Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos. Tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir astigmatismo, hipermetropía, miopía, estrabismo.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus; salvo pacto en contrario.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de amígdalas, adenoides o hemorroides cuyas primeras manifestaciones se presenten antes del primer año de vigencia del contrato de seguro.

- Lesiones que ocurran en riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.

- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

- Enfermedades congénitas, es aquella que se adquiere en el útero materno o desde la concepción.

### **3.9. RAMOS DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

En México, “existen tres tipos de modalidades del seguro de Vida y Gastos Médicos que deben expedirse en función del grado de participación que asume el asegurado principal, tanto en la decisión de contratar la póliza, como en el pago de la prima”<sup>47</sup>, y son los siguientes:

**a) Individual y/o Familiar.-** En el que la decisión de contratar el seguro recae totalmente en el contratante y/o el asegurado principal, el cual paga el 100% de la prima.

En este caso, por lo general, las edades de contratación o inclusión en el seguro son de 30 días a partir del nacimiento, a 65 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 69 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumpla la edad de 70 años.

El contratante de la póliza individual y/o familiar es el asegurado principal y en la misma quedan inscritos todos sus dependientes económicos asegurados.

---

<sup>47</sup> MEJIA TAPIA, Pedro. Ob. Cit. P. 10.

**b) Colectivo.-** Se caracteriza porque el contratante y/o asegurado principal toma parte en la decisión de ser asegurado y, a su vez, contribuye al pago de la prima, ya sea parcial o totalmente.

En este caso, por lo general, las edades de contratación o inclusión en el seguro, son de 30 días a partir del nacimiento, a 60 años de edad; pudiendo ser renovada hasta los 64 años y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la cual el asegurado cumpla la edad de 65 años.

Como en una misma póliza se incluye un conjunto de certificados y, a su vez, cada uno de éstos ampara tanto la cobertura del asegurado principal como las de sus dependientes económicos, es conveniente señalar que las edades límite de admisión y renovación aplican respecto a cada asegurado.

**c) De Grupo.-** En el cual el contratante y/o asegurado principal no decide si desea tomar el seguro y, en general, no contribuye al pago de la prima, salvo en algunos casos, para sus dependientes económicos.

Las edades de contratación o inclusión y de renovación, corresponden usualmente a las mismas que para el seguro colectivo.

El contratante de las pólizas de grupo y colectivo es, por lo regular, el patrón de una empresa y los asegurados principales son sus trabajadores o empleados, cada uno de los cuales, una vez perfeccionado el contrato, recibe un certificado individual, en el cual quedan inscritos, en su caso, sus dependientes económicos.

Se puede concluir que los ramos de contratación del seguro de vida casi es su mayoría son individuales y de grupo, ya que el colectivo y el familiar aplican más en el seguro de gastos médicos.

## **CAPÍTULO CUARTO**

### **PROPUESTA PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE RECHAZOS POR PAGO DE INDEMNIZACIÓN, POR SUPUESTAS OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES Y PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.**

#### **4.1. CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MEDICOS**

Para que se dé la celebración de un contrato de seguro -ya sea de vida o de gastos médicos- primeramente se necesita que exista oferta o propuesta en sentido técnico por parte del proponente de un contrato de seguro; es decir, que el proponente declare su voluntad de contratar con una determinada compañía aseguradora. Dicha propuesta de seguro viene siendo el formulario de oferta que la compañía aseguradora le da a requisitar a la persona que pretende contratar un seguro, en la cual el proponente manifiesta a la compañía aseguradora, el nombre de quien desea contratar, el nombre de la persona que se quiere asegurar, el tipo de seguro que se pretende contratar y todos los datos importantes que le sirvan a la aseguradora para determinar la extensión del riesgo que va cubrir si acepta la propuesta, es decir: la edad de la persona a asegurar, su ocupación, el lugar donde desempeña su trabajo, si fuma o no, si ingiere bebidas alcohólicas; asimismo, deberá contestar en sentido afirmativo o negativo las preguntas que vienen insertas en dicho formulario con relación a que si ha padecido las enfermedades allí señaladas. Dicho apartado es lo que se le conoce como cuestionario médico.

El citado formulario de oferta es proporcionado al proponente de seguro, ya sea en las oficinas de la aseguradora, por un agente de seguros o bien puede ser obtenida debido a los avances técnicos a través de internet; dicho formulario, una vez requisitado deberá ser firmado por el proponente del contrato de seguro, quien lo enviará a la compañía aseguradora para que ésta estudie el riesgo a asumir. Dicho formulario de propuesta es redactado en forma unilateral por la compañía aseguradora sin que sea autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La compañía aseguradora, una vez que recibe la propuesta del proponente, se reserva la facultad de examinar el riesgo que va a asegurar; es decir, analiza con expertos, en especial con médicos, las enfermedades que han sido declaradas por el proponente de seguro, ya que dicho experto es quien va a considerar a su libre arbitrio si es necesario o no se practique examen médico al proponente con base en sus declaraciones.

Por desgracia, en la práctica los cuestionarios médicos insertos en el formulario de propuesta no son los más adecuados para saber todas las enfermedades de la persona que pretende contratar un seguro, ni tampoco son redactados en términos claros, ni contienen todas las enfermedades que existen, ya que contienen sólo las enfermedades más comunes, motivo por el cual, muchas veces el proponente de un seguro no manifiesta la enfermedad que tuvo o tiene por no estar inserta ésta en el cuestionario médico, ya que no lo considera importante y más aún, que el agente de seguros, quien debe explicar al proponente del seguro todo lo relacionado al contrato de seguro que pretende celebrar, no le dice a éste, la importancia que tiene declarar cualquier síntoma o enfermedad que tenga al momento de la propuesta del contrato de seguro aunque las enfermedades o síntomas que padezca o padeció no estén contenidas en el formulario de propuesta, situaciones que provocan que el proponente incurra en omisiones e inexactas declaraciones, o bien, se encuadre dentro de la cláusula

de padecimiento preexistente, cláusula que es conocida por el asegurado o beneficiario una vez que le es entregada su póliza de seguro. Las omisiones en que incurre el proponente provocan una vez realizado el siniestro, que la compañía aseguradora se niegue a pagar la indemnización correspondiente al asegurado o beneficiario, aunque dicha omisión se haya dado por causa atribuible a la propia aseguradora, por la simple razón de que la función de un agente de seguros es convencer a la gente para que proponga un seguro, ya que por cada seguro que vende éste cobra una comisión, situación que hace que el agente de seguros no le explique las consecuencias de omitir una enfermedad al proponente de seguro; sin embargo, estas omisiones e inexactas declaraciones en que haya incurrido el asegurado serán atribuibles a éste aunque nunca le hayan sido explicado las desventajas que tendría al no haber declarado una enfermedad que no se encontraba inserta en el cuestionario médico.

El formulario impreso que firma el proponente al contratar un seguro y que se dirige al asegurador, constituye jurídicamente la oferta o propuesta y tiene como efecto vincular al oferente por quince o treinta días, según los casos que considera el artículo 5 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido el plazo sin que el asegurador conteste, el proponente queda desligado de su oferta y puede libremente rechazar la aceptación extemporánea del asegurador, ya que ésta no perfecciona el contrato al haberse frustrado el consentimiento por haber quedado sin efecto la propuesta hecha originalmente.

La compañía aseguradora, una vez que decide aceptar la propuesta del proponente del seguro, deberá comunicar dicha aceptación a éste en un plazo que no deberá ser mayor a treinta días; dicha aceptación puede hacerse verbalmente, comunicándosela personalmente al proponente ya sea en forma directa en las oficinas de la compañía aseguradora o bien por teléfono, mediante intermediario, o puede hacerse por escrito, a través de carta enviada por correo o Internet, o bien, enviándole al asegurado la póliza de seguro con sus condiciones

generales; éstas en la actualidad pueden ser impresas por el propio asegurado, ya que la compañía aseguradora le hace llegar su póliza y sus condiciones generales al asegurado vía correo electrónico, las cuales tendrán validez por contener firma electrónica.<sup>48</sup>

#### **4.1.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

El artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establece que el mismo se perfecciona desde el momento en que el proponente tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima.

Por lo que unidas el formulario de oferta con la póliza de seguro, así como las condiciones generales que son datos impresos por la compañía aseguradora en donde se establecen los riesgos cubiertos y excluidos, los agravantes del riesgo, la forma de pago de primas, pago del daño y fuero competente entre otros, vienen a formar el contrato de seguro de vida o de gastos médicos.

Según lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes, la cual debe contener:

I.- Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;

II.- La designación de la cosa o de la persona asegurada;

---

<sup>48</sup> RUIZ RUEDA, Luis. Ob.Cit. P.P. 89 - 90.



III.- La naturaleza de los riesgos garantizados;

IV.- El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;

V.- El monto de la garantía;

VI.- La cuota o prima del seguro;

VII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Respecto de este último punto, la fracción IV del artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Mutualistas de Seguros, señala las cláusulas que deben figurar de manera clara y precisa en la póliza, los cuales son: los alcances, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles, así como los derechos y obligaciones de los contratantes; es decir, en las condiciones generales se especifica cuáles son los riesgos cubiertos y qué riesgos se encuentran excluidos.

La póliza del seguro sobre las personas, además de los requisitos que establece el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deberá contener según lo establecido por el artículo 153 de la misma ley, los siguientes elementos:

I. Nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre las cuales recaiga el seguro.

II. Nombre completo del beneficiario si existe alguno determinado.

III. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas y,

IV. En su caso, los valores garantizados.”

De esta manera, bastará una declaración de voluntad por parte de la compañía aseguradora de que acepta lisa y llanamente la oferta para que el contrato se perfeccione.

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

#### **4.1.2. INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS**

El contrato entra en vigor para ambas partes desde el momento en que se perfeccione.

Generalmente en la póliza se fijan la hora y el día preciso en que comienza la vigencia del contrato de seguro; siendo generalmente al medio día, motivo por el cual para que prospere el riesgo cubierto éste debe ocurrir siempre dentro del período de vigencia del contrato de seguro contratado.

#### **4.2. CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO POR CUENTA DE TERCERO**

En materia de seguros se puede celebrar este contrato por cuenta de un tercero, de quien no se tenga representación legal ni convencional como lo prevee el artículo 10 de la misma ley; e incluso, al celebrarse el contrato, puede expresarse el nombre del tercero por cuya cuenta se contrata, o puede omitirse su nombre, caso que en la práctica y en la doctrina universal se designa con la

expresión contrato por cuenta de quien corresponda, según los requisitos establecidos por el artículo 11 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En el seguro de personas se da esta figura, siempre y cuando se cumplan con los requisitos del artículo 156 de la Ley del Contrato de Seguro que prevee el seguro sobre la vida de un tercero, caso en que es necesario el consentimiento previo y por escrito de ese tercero.

En el caso de un menor de edad tratándose de seguro de vida, se prevee la nulidad del contrato de seguro para caso de su muerte, según lo establece el artículo 157 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, el artículo 158 del citado precepto de la ley, establece que: tratándose de un menor de edad pero mayor de doce años, el seguro puede contratarse si el propio menor da su consentimiento, así como el representante legal de éste.

No se requiere el consentimiento cuando el seguro se contrata por el cónyuge sobre la vida del otro cónyuge o del hijo mayor de edad. Este seguro es válido, según lo establece el artículo 159 de la ley en cita, sin el consentimiento que es requerido para el caso de seguro respecto de un tercero.

### **4.3. EL SINIESTRO**

El siniestro es la realización del riesgo previsto en el contrato de seguro y resulta ser la condición del cumplimiento de la prestación debida por el asegurador.<sup>49</sup>

El siniestro también se puede definir como el daño que sufren los bienes asegurados a través del evento señalado como riesgo en la póliza de seguro, siendo en este momento cuando nace la obligación de la compañía aseguradora de resarcir al asegurado el daño causado o pagarle una suma de dinero al verificarse dicho suceso.

---

<sup>49</sup> MEILIJ, Gustavo Raúl, *Manual de Seguros*, Editorial Depalma, Tercera Edición, Buenos Aires, 1998, P. 100.

En el seguro de vida para el caso de muerte, el riesgo amparado es el fallecimiento del asegurado, el que hace nacer las obligaciones del asegurador.

En el seguro de gastos médicos mayores, el riesgo amparado ocurre cuando el asegurado se ve afectado en su salud, ya sea por enfermedad o por medio de un accidente cubierto en la póliza de seguro.

En caso de siniestro, el asegurado o beneficiario en su caso, deberán dar el aviso correspondiente a la compañía aseguradora según lo establece el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que dice: tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora; asimismo, el asegurado o beneficiario deberá acreditar ante la compañía aseguradora que ha sucedido el evento amparado en la póliza de seguro, es decir, que ha fallecido la persona asegurada o que el asegurado se vio afectado de su salud a consecuencia de una enfermedad o accidente, siempre y cuando éstos se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado.

De acuerdo con lo anterior, ante un caso de siniestro, siempre será necesario que el asegurado compruebe que el siniestro ocurrido se encuadra dentro del contenido de la hipótesis prevista en el contrato de seguro; que el siniestro ocurrió durante el lapso de vigencia del seguro; que pagó oportunamente la prima del seguro; que el evento afectó los riesgos amparados en la póliza de seguro; y, finalmente, que la fijación del monto de la pérdida reclamada corresponde a la suma asegurada pactada.

El incumplimiento de la obligación de parte del asegurado o beneficiario de avisar a la compañía aseguradora la realización del siniestro, puede dar lugar a dos distintas sanciones. El artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

previene que si no se da el aviso oportuno, la aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente. Por su parte, el numeral 68 del mismo cuerpo legal señala que “la empresa quedará desligada de 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.”

La propia Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 75, consagra el principio de que las sanciones para el caso de que el asegurado deje de cumplir con alguna de sus obligaciones, no serán aplicables a éste si en el incumplimiento no existió culpa de su parte.

El artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone: “Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado o sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrá cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento”.

Resulta claro que si el aviso inoportuno o su omisión derivan de un hecho fortuito o por causas de fuerza mayor, el asegurado podrá dar el aviso del siniestro una vez que cesen tales circunstancias, sin que sea merecedor de las sanciones previstas por la ley, pero teniendo a su cargo la obligación de acreditar la existencia de las alegadas circunstancias de impedimento, para destruir la presunción existente de que incumplió la obligación de denuncia.

En relación con las circunstancias de impedimento, es adecuado recordar que el caso fortuito o la fuerza mayor, que en realidad se confunden o identifican, son situaciones irresistibles, imprevisibles y externas, que no permiten a una persona cumplir con la obligación a su cargo.

Además del aviso del siniestro por parte del asegurado, existe la información que consigna el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”. Cabe agregar que al derecho de la aseguradora de exigir información, corresponde el deber del asegurado de proporcionarla.

En las pólizas de seguro se establece que el asegurado comprobará la exactitud de su reclamación y de cuantos extremos estén consignados en la misma.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 70 dispone: “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en el caso de que, con igual propósito, no le remitan la documentación a que se refiere el artículo anterior”.

El artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone: “Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique. Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos”.

Procede en este momento considerar que el siniestro como generador de obligaciones a cargo del asegurador, ha de ser un hecho fortuito, accidental, por extensión, podrá deberse a un caso de culpa del asegurado, pero no se aceptará como base de reclamación el que se ha producido por dolo o mala fe. Queda excluido el siniestro intencional.

El artículo 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dispone que: “En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes”. Esta prevención por su importancia aparece contenida en las condiciones generales de la póliza de seguro, para mejor conocimiento del asegurado.

De lo anterior podemos concluir que el aviso y la información proporcionada por el asegurado o beneficiario respecto del siniestro es la base para que el asegurador verifique si el siniestro corresponde al riesgo asumido y si la persona fallecida o afectada en su salud es la misma que la persona asegurada. Es en este momento, por desgracia en los casos de seguro de vida y de gastos médicos, cuando las compañías aseguradoras rescinden el contrato de seguro celebrado argumentando que el asegurado incurrió en omisiones e inexactas declaraciones al requisitar el cuestionario que le fue formulado, motivo por el cual aceptó un riesgo distinto al que era, lo cual ocasiona en la práctica, el nacimiento de un juicio, que acarrea al asegurado o beneficiario un gasto innecesario.

#### **4.4. ANÁLISIS DEL LOS ARTÍCULOS 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

Con base en lo anterior y debido a que es hasta el momento en que ocurre el siniestro, en especial en los contratos de seguros de vida y de gastos médicos, cuando la compañía aseguradora se percató que el asegurado antes de contratar su seguro ya sufría de una enfermedad o malestar, la cual no fue declarada por el asegurado al requisitar el cuestionario que le fue formulado, es necesario analizar los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El primero de ellos precisa que:

**“Artículo 8**

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

Del dispositivo legal antes transcrito se desprenden varias situaciones, las cuales se irán analizando una por una. El citado artículo alusión a que: el proponente estará obligado a declarar por escrito a la compañía aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, es aquí cuando al proponente, quien posteriormente se convierte en asegurado, le surge varias dudas:

**¿Qué está obligado a declarar el proponente de un seguro?** Siguiendo el texto del artículo sería que el que propone un seguro esta obligado a declarar a la compañía asegurador todos hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, pero:

**¿Cómo puede saber el proponente saber cuáles son los hechos importantes que pueden influir en las condiciones convenidas?** Si tomamos en consideración que el conocimiento de cualquier cosa es el que tiene un ciudadano común y corriente sin ser perito en determinada materia, por lo cual no se le puede exigir a todo ciudadano que tenga un conocimiento específico sobre la palabra hechos importantes, sino sólo conocimientos generales. Si los que proponen un seguro pueden ser comerciantes, abogados, obreros, contadores, médicos, etc., por lo que cada uno de éstos tendrá una noción diferente de lo que es un hecho importante, a lo mejor para el primero un hecho importante sería haber sido sometido a una operación quirúrgica, para el segundo un hecho importante podría ser padecer una enfermedad grave como lo es el cáncer, y tal vez, para la compañía aseguradora un hecho importante sería que el proponente



tenga o haya tenido dolores de cabeza o de estomago, ya sea en su infancia, adolescencia o estado adulto.

Por lo anterior, el legislador precisó en el antes citado precepto legal, que las manifestaciones que el proponente está obligado a declarar a la compañía aseguradora deben ser: de acuerdo al cuestionario relativo, por lo que se puede decir que los hechos importantes que está obligado a declarar el proponente a la compañía aseguradora son sólo aquellos hechos que aparecen en el cuestionario médico que le es dado a requisitar previo a la celebración del contrato de seguro; en consecuencia, se concluye que el proponente, según el artículo en estudio, no está obligado a declarar más allá de lo que se le pregunta en dicho cuestionario.

Pero en la práctica, **¿el cuestionario médico que le es formulado a un proponente de un seguro, será el más adecuado para que éste pueda manifestar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo?** El cuestionario médico que le es formulado a los proponentes de un contrato de seguro de vida o de gastos médicos está afectado de imprecisión, situación que ha expresado nuestro más alto tribunal en diversas tesis jurisprudenciales, motivo por el cual, todas las afectaciones del asegurado que se comprueban, en un procedimiento judicial, hacen inseguro el uso del cuestionario médico que se encuentra inserto dentro del consentimiento que firma el proponente; por lo tanto, el cuestionario en mención no es un instrumento infalible para determinar que el proponente tuvo intención de omitir, falsear o declarar inexactamente un hecho importante de su salud o de sus antecedentes personales que puedan influir en la realización del riesgo.

Asimismo, el cuestionario médico que le es formulado al proponente de un contrato de seguro, en su solicitud para ser asegurado que es el que utiliza en forma general casi todo el mercado asegurador palabras más palabras menos, no resulta ser el más adecuado por su redacción, para saber realmente cuál es el

riesgo que se está asumiendo, ya que dan pauta a que el proponente omita manifestarle a la compañía aseguradora alguna circunstancia importante para la valoración del riesgo, ya que los cuestionarios en su mayoría no se refieren a toda la historia clínica del proponente ya que sólo abarcan de cinco a diez años anteriores a la celebración del contrato de seguro, aunado a que dichos cuestionarios contienen términos médicos los cuales son poco entendibles para una persona ordinaria, situaciones que provocan que el proponente no manifieste si en su niñez y/o adolescencia padeció alguna enfermedad y más aún cuando las palabras utilizadas en éstos son ignoradas por el proponente que al no entenderlas opta por contestarlas en sentido negativo, estas omisiones en que incurre el asegurado aunque no hayan sido realizadas de mala fe trae como consecuencia que al suceder el siniestro la compañía aseguradora rescinda el contrato de seguro celebrado en base al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Debemos precisar que el cuestionario médico que le es formulado al proponente de un seguro, es redactado a criterio de cada aseguradora, sin que sea previamente aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ya que a criterio de dicha Comisión el cuestionario médico no forma parte de la documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que en su parte conducente se lee:

**“Artículo 36-B**

Los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaboradas para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en el artículo 36-D de esta ley...”

En la práctica, **¿realmente el proponente solo debe manifestar las preguntas que contiene el cuestionario que le es formulado?** El cuestionario contiene los elementos básicos para que un experto en seguros concluya si un proponente del seguro es un buen candidato para ser asegurado, pero en ocasiones estos cuestionarios no son analizados con detenimiento por los expertos del seguro y pasan como un simple trámite de solicitud de seguro, que de haberse apreciado meticulosamente, podría haberse desprendido la necesidad de mandar al proponente a efectuarse análisis o estudios para verificar su estado de salud, razón por la cual el cuestionario que está inserto dentro de la solicitud del seguro debe ser perfeccionado por las aseguradoras y que sus expertos los valoren adecuadamente.

Aunado a lo anterior, en la práctica la redacción actual de los cuestionarios médicos, no permite al proponente del seguro exponerse en su información, y en consecuencia una vez ocurrido el siniestro la aseguradora mandará traer todos los documentos médicos necesarios y relacionados con el siniestro para saber si es procedente el mismo, entre ellos el expediente clínico del asegurado, y resultara de dicho expediente médico, el cual si tiene espacio para que se exponga la información de toda la vida del asegurado en cuestiones de su salud, que el proponente padecía determinada enfermedad o sintomatología al momento de requisitar el cuestionario médico que le fue formulado y que no fue declarada a la compañía aseguradora por no haber sido preguntada específicamente dicha enfermedad al no aparecer en el cuestionario médico y si la compañía opta por rescindir el contrato por omisiones e inexactas declaraciones estará actuando en forma incorrecta porque la compañía dio motivo a la omisión del proponente en el cuestionario médico, ya que éste no contenía la pregunta respecto a la enfermedad, que fue encontrada en el expediente clínico con posterioridad al siniestro.

Siguiendo con el análisis del precepto legal, éste nos dice que los hechos importantes que el proponente está obligado a declarar deben ser: **tales como los conozca o deba conocer, en el momento de la celebración del contrato**, la primera hipótesis al referirse a la palabra **tales como los conozca**, se refiere a los hechos que son plenamente conocidos por el proponente, es decir, a aquellas enfermedades o accidentes que ha padecido el proponente de los cuales sepa su nombre ya sea por él mismo o a través de su médico, sin pasar por alto que dichas enfermedades o accidentes deben estar definidos conceptualmente dentro del cuestionario médico que le es formulado al proponente de acuerdo al precepto legal en análisis.

La segunda hipótesis del párrafo antes transcrito señala: **tales deba conocer. ¿A qué se refiere dicho precepto con la palabra deba conocer?**, el proponente puede estar sujeto a dolores de cabeza periódicos o esporádicos, pero el solamente sabe que tiene esos dolores, ya sea por estrés, un ritmo acelerado de vida, el smog de la ciudad, etc., e ignorar, que esos dolores de cabeza tienen un origen que no ha sido diagnosticado, por no haber ido a un médico, y sean síntomas de que puede padecer presión arterial alta, migraña, un tumor cancerígeno en el cerebro, un glaucoma, una infección en el oído pero al no acudir al médico y que éste los diagnostique, el proponente solo podrá declarar lo que sabe, por lo que textualmente en el cuestionario anotará que tiene dolores de cabeza siempre y cuando este inserta la pregunta dentro del cuestionario médico que le es formulado por la compañía aseguradora, caso contrario lo omitirá, y esto generara una omisión involuntaria porque el proponente **no sabía** el nombre de la enfermedad que padecía que de haberla sabido la hubiese declarado.

También se dan los supuestos de las enfermedades asintomáticas y otras que presentan síntomas similares a las de otras enfermedades, como por ejemplo, el proponente sabe que le fue extirpado un tumor que su médico le dijo que era una poliganglioma, cuando el tenía el tumor le daban dolores de cabeza, se mareaba, sudaba, le latía más fuerte su corazón, cuando le extirpan el tumor le

desaparece toda la sintomatología que tenía, el nunca se entero que de dicha sintomatología se derivaban las enfermedades de miocardiopatía, hipertensión arterial sistemática, feocromocitoma, por lo que:

**¿El proponente está obligado a saber el nombre de todas las enfermedades que se puedan derivar de la enfermedad que su médico le ha diagnosticado?** Si quien padece los síntomas de la enfermedad fuese un médico probablemente dado su conocimiento científico, éste estaría obligado a saber que otras enfermedades son afines a la sintomatología de la enfermedad que padece y a sido diagnosticado o comprobada a través de los estudios que se tuvo que realizar para la primero enfermedad, pero si es una persona ordinaria llámese licenciado, obrero, comerciante, arquitecto, ama de casa, estudiante, etc., no podrán saberlo ya que no tienen conocimiento en medicina y sólo saben el nombre de la enfermedad que su médico les dice que tiene, por lo anterior, se puede decir que una cosa es ignorar que se está enfermo por los síntomas que se presenten y otra es conocer el nombre de la enfermedad que produce esos síntomas; es decir, alguien puede sentirse enfermo, pero ello no implica necesariamente que el proponente se encuentre obligado a saber el nombre de la enfermedad que lo aqueja.

**¿Qué criterio toman las aseguradoras al descubrir que el proponente al contratar el seguro se encontraba enfermo o tenía otras enfermedades y no lo manifestó al requisitar el cuestionario médico que le fue formulado?** Las aseguradoras rescinden el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones en que incurrió el proponente al requisitar el cuestionario médico que le fue formulado, sin embargo, la empresa aseguradora debe acreditar el hecho consistente en determinar que las omisiones y/o inexactas declaraciones, hayan sido de tal forma importantes que influyan en el asegurador para la apreciación del riesgo, hecho que, por su carácter técnico, se debe que acreditar concretamente mediante la forma idónea, por ser un elemento constitutivo de la decisión unilateral de la rescisión, asimismo, deberá acreditar que el proponente al

contratar el seguro sabía y conocía la enfermedad que dejó de declarar, según la tesis jurisprudencial que a continuación se transcribe:

No. Registro: 183,699  
Tesis aislada  
Materia(s): Civil  
Novena Época  
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito  
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta  
Tomo: XVIII, Julio de 2003  
Tesis: I.14o.C.15 C  
Página: 1215

**SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO.**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante tendrá la obligación de declarar aquellos hechos importantes que puedan influir en las condiciones del contrato y sirvan a la compañía aseguradora para evaluar el riesgo, entre los cuales se encuentran, desde luego, las enfermedades que dicha persona tenga conocimiento que padece, ya que en caso de omisión, con base en el numeral 47 del ordenamiento legal en cita, la empresa aseguradora puede rescindir el contrato de seguro celebrado entre las partes, aun cuando el hecho no declarado o inexactamente manifestado no haya influido en la realización del siniestro. Sin embargo, cuando se haga valer tal hipótesis como excepción en el juicio mercantil en el que se reclama el pago de la suma asegurada, conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, la aseguradora tendrá la obligación de acreditar durante el desarrollo de la secuela procesal, que el asegurado, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, por lo que si se trata de una enfermedad, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, el asegurado ya padecía tal afección, sino que también es indispensable que se pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha dolencia pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido.

DÉCIMO CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 151/2003. Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa. 20 de marzo de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Francisco J. Sandoval López. Secretario: Carlos Ortiz Toro.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 8o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante tendrá la obligación de declarar aquellos hechos importantes que puedan influir en las condiciones del contrato y que sirvan a la compañía aseguradora para evaluar el riesgo, entre los cuales se encuentran, desde luego, las enfermedades que dicha persona tenga conocimiento que padece, ya que en caso de omisión, con base en el numeral 47 del ordenamiento legal en cita, la empresa aseguradora puede rescindir el contrato de seguro celebrado entre las partes, aun cuando el hecho no declarado o inexactamente manifestado no haya influido en la realización del siniestro. Sin embargo, cuando se haga valer tal hipótesis como excepción en el juicio mercantil en el que se reclama el pago de la suma asegurada, conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, la aseguradora tendrá la obligación de acreditar durante el desarrollo de la secuela procesal, que el asegurado, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, por lo que si se trata de una enfermedad, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, el asegurado ya padecía tal afección, sino que también es indispensable que se pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha dolencia pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido.

A continuación analizaremos el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a su letra dice:

***“Artículo 47***

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

Primeramente debemos definir qué es una omisión y una inexactitud.

OMISION.- Se define como: Abstención de hacer o decir. Falta por haber dejado de hacer algo necesario o conveniente en la ejecución de una cosa o por no haberla ejecutado.

INEXACTITUD.- Se define como falta de exactitud, tratar de plantear un hecho de manera conveniente al interés de la persona que lo plantea, ocultando una parte de las circunstancias en las que se generó el hecho, que induzca al error en su apreciación de la persona que está recibiendo la información planteada.

De lo anterior se observa que éstas pueden ser consecuencia de un acto intencional o no; sin embargo, sea cual sea la razón por la que se omita o declare una cuestión inexactamente en el cuestionario médico respectivo, la compañía aseguradora siempre opta por rescindir el contrato de seguro en base al artículo en estudio, porque presume que el proponente si sabía el hecho que dejo de manifestar, situación que deberá probar en juicio.

El citado precepto legal nos dice que para que la aseguradora se encuentre facultada para rescindir el contrato de seguro, las omisiones e inexactas declaraciones deben ser de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y siendo que el artículo 8º de la ley en cita precisa que “el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer, en el momento de la celebración del contrato”, por ende, todas las manifestaciones a que se refieren los artículos 9 y 10 de la citada ley deben realizarse de acuerdo al cuestionario que le es formulado ya sea al proponente, al representante legal del asegurado o al que proponga el seguro por cuenta de otro, motivo por el cual debe destacarse que la empresa aseguradora solo se encuentra facultada por la ley a rescindir el



contrato de seguro cuando el proponente, asegurado o tercero contratante, omita o declare inexactamente alguna circunstancia para la apreciación del riesgo siempre y cuando éstas tengan relación con el cuestionario médico que les fue formulado; sin embargo, como ya se hizo alusión anteriormente en la práctica aunque nunca se le haya preguntado al proponente en el cuestionario respectivo algún hecho, las aseguradoras lo consideran como una omisión o inexacta declaración.

Para que pueda surtir plenos efectos la rescisión de un contrato de seguro por omisiones y/o inexactas declaraciones, es necesario que la empresa aseguradora acredite en juicio varios extremos, entre los que se encuentran:

a) Que exista una omisión o inexacta declaración, en relación a los hechos a que se refiere el artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es decir, que el proponente haya ocultado o manifestando inexactamente un hecho que sea importante para la apreciación del riesgo, siempre y cuando dicho proponente tenga conocimiento de la circunstancia que dejó de manifestar.

b) Que la empresa haya comunicado en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la omisión o inexacta declaración, de conformidad con el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en caso contrario se entenderá que la aseguradora renunció a su derecho de rescisión.

En consecuencia de lo anterior tenemos que la rescisión:

- Constituye una declaración unilateral de la voluntad;
- Debe ser notificada al asegurado antes de que venza el plazo fijado en el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro;

- El término para la comunicación se computa a partir de la fecha en que el asegurador conozca la omisión o inexacta declaración;

- Habrá de ser notificada al asegurado y o beneficiario del seguro o en su caso a los herederos del asegurado;

- La decisión se toma directamente por el asegurador; y

- Su efecto principal consiste en poner fin al contrato de seguro.

La rescisión unilateral del contrato de seguro sólo opera y surte efectos según lo dispone el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si la empresa aseguradora comunica en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la omisión y/o inexacta declaración al solicitar el seguro, razón por la cual si la aseguradora no ejercita dicha prerrogativa rescisoria dentro del plazo legal, pierde su derecho para hacerlo.

**¿A quién se le debe notificar la rescisión de un contrato de seguro, si el asegurado fallece?** Nuestro más alto tribunal, han sostenido que en caso de que el asegurado llegase a fallecer y la empresa aseguradora conoce con posterioridad al fallecimiento de éste, que el asegurado incurrió en omisiones e inexactas declaraciones al contratar el seguro, ésta se encuentra facultada para notificar la rescisión del contrato de seguro a los beneficiarios del asegurado; sin embargo, en caso de que el asegurado no haya designado beneficiarios, la notificación podrá realizarse a los presuntos herederos de éste.

En seguida transcribiremos dos cartas de rescisión elaboradas por dos distintas compañías aseguradoras, omitiendo los nombres de éstas y variando el

nombre de las personas que se mencionan en ellas, por confidencialidad de las empresas.

México, D. F., a 18 de agosto de 2005.

**C. CARLOS AGUILAR PADILLA**

Presente.

**Ref. Póliza No. 145627**

**Contratante: Textiles América, S.A. de C.V.**

**Afectado: Carlos Aguilar Padilla**

**LUISA ÁLVAREZ PÉREZ**, con el carácter de apoderada legal de SEGUROS AMÉRICA, con Actos de Administración para Rescindir Contratos, según testimonio número 1879, de fecha 2 de noviembre de 2004, con domicilio para oír y recibir notificaciones, por la presente hago constar:

Por medio de la presente nos permitimos comunicar a Usted que habiéndonos enterado el día **1 de agosto de 2005**, por fax que se recibió del hospital los Ángeles, de una parte de la historia clínica del paciente de referencia y habiendo realizado un análisis exhaustivo de todos y cada uno de los conceptos contenidos en la misma, y verificación personal del estado del paciente dentro del hospital por parte del médico coordinador de mi representada, así como del expediente y condiciones de su póliza de seguro, con el objeto de determinar la procedencia o rechazo de la reclamación por los gastos erogados con motivo de su padecimiento, que inicio el día 28 de julio de 2005, nos percatamos con fecha **01 de agosto de 2005**, que el afectado de referencia tiene antecedentes de haber padecido con anterioridad a la contratación de la póliza las siguientes enfermedades:

Neurológicos: Migraña desde 1985. Última crisis 6 meses atrás o sea en el mes de febrero de 2005.

Infecciosos: Salmonelosis en 5 ocasiones, la última vez en agosto de 2004, la primera en 1999; tifoidea en 2 ocasiones, la última en diciembre de 2004.

Estos antecedentes no fueron declarados al contestar el Cuestionario Médico del Consentimiento Individual para la contratación del seguro, de fecha **10 de febrero de 2005**, siendo dada de alta en la póliza a partir del **14 de febrero de 2005**, por lo que la compañía no contó con elementos suficientes para la adecuada selección del riesgo al momento de suscribir la póliza de referencia.

Debido a lo anterior el asegurado ha incurrido en “*omisiones o inexactas declaraciones*”. De acuerdo al inciso 16 de las condiciones generales de la póliza, “*El contratante y los asegurados están obligados a declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro*”.

Por lo anterior, el asegurado se ubica en los supuestos contenidos en la cláusula de omisión e inexacta declaración de hechos importantes para la apreciación del riesgo, que faculta a mi representada para rescindir el contrato de seguro al amparo de la póliza **145627**, situación que por medio de la presente se efectúa con fundamento en lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en virtud de que mi representada tuvo conocimiento de dichos antecedentes patológicos hasta el día **1 de agosto de 2005**, por lo que:

**SE DECLARA RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO DE SEGURO NUMERO 145627 para CARLOS AGUILAR PADILLA**, siendo por consecuencia improcedente la reclamación planteada, que además el gasto médico erogado es improcedente por originarse a consecuencia de un gasto no cubierto, de acuerdo al capítulo de **GASTOS NO CUBIERTOS** de las Condiciones Generales de la póliza.

Sin otro particular por el momento quedamos a sus apreciables órdenes para cualquier aclaración al respecto.

Atentamente

México, D. F., a 02 de mayo de 2005.

**SR. ALFONSO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ**

**Presente.**

**Ref. Luis Gutiérrez Acosta**

**Siniestro: 16005-00287**

**Póliza: 1425609**

En respuesta a su reclamación por siniestro presentada por usted, con motivo del fallecimiento de su señor padre Luis Gutiérrez Acosta, lamentamos informarle que la misma no procede, en virtud de que, el asegurado omitió declarar información importante respecto a su estado de salud, lo anterior con base a las condiciones generales de la póliza.

**Omisiones e Inexactas Declaraciones.** El contratante y los asegurados al formular las propuestas del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión e inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Por lo tanto con fundamento en los artículos 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Comerciales, en uso de la facultad que le confiere el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **DA POR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO DE SEGURO**, descrito en la referencia el cual tenía celebrado su señor padre, para los efectos legales a que haya lugar.

En caso de alguna duda o aclaración estamos a sus más apreciables órdenes.

Atentamente

La primera carta fue aplicada a un seguro de gastos médicos mayores y la segunda a un seguro de vida la cual fue notificada al beneficiario del asegurado, en ambos casos, los aseguradores le habían manifestado a la compañía asegurada las enfermedades que los primeros sabían que padecían y no otras por no estar contenidas dentro del cuestionario médico que les fue formulado.

#### **4.5. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

##### ***“Artículo 50***

A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
- II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
- III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato.

Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.”

Si bien el legislador, en el artículo 47 de la ley en cita, faculta a la empresa aseguradora a rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones, en el dispositivo legal en análisis hace unas excepciones a dicha regla, siendo éstas:

**a) “Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración”.**

Este supuesto se da si la compañía aseguradora indujo al proponente del seguro a omitir o declarar inexactamente un hecho importante para la apreciación del riesgo, y siendo que una de las características principales del contrato de seguro es la buena fe que debe existir en los contratantes, el legislador previó esta situación tanto para el proponente como para el asegurador, en el artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro obliga al primero a manifestar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, y en el artículo en cita obliga a la compañía aseguradora a actuar de buena fe en los cuestionarios que les realiza a los proponentes, ya que si el cuestionario médico que le es formulado al proponente contiene preguntas insidiosas y poco entendibles para éste a fin de hacerlo caer en error, por obvio la compañía aseguradora es la que esta provocando que la persona que pretende adquirir un seguro al requisitar el cuestionario relativo omite o declare inexactamente un hecho importante para la apreciación del riesgo; sin embargo, en la práctica aun cuando la compañía aseguradora es la que hizo caer en error al asegurado, ésta rescinde el contrato de seguro celebrado.

**b) “Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado”**

Esta situación tiene dos hipótesis: la primera, si la empresa conocía el hecho que no ha sido declarado, es decir, si previamente a la celebración del contrato del seguro, la empresa aseguradora practica al proponente examen médico, y de dicho examen se desprende que el proponente padece x enfermedad, sin embargo, la compañía aseguradora pasa por alto la enfermedad que aparece en el examen médico y asume el riesgo de esta manera, en este caso se presume que la aseguradora conocía el hecho que no le ha sido declarado.

La segunda hipótesis que contempla dicha fracción se da en el supuesto de que la empresa debía conocer el hecho que no ha sido declarado, por ejemplo, el proponente le manifiesta a la compañía aseguradora en el cuestionario relativo que ha tenido malestares como dolores de cabeza, mareos, agotamiento, el proponente por ser una persona ordinaria desconoce el nombre de la enfermedad que padece ya que no ha consultado ningún médico, en este caso al haberle manifestado el proponente que tenía dichos malestares, la compañía debió practicarle a este examen médico, toda vez que, los médicos de las aseguradora como especialistas en la materia, pueden advertir, mejor que el proponente, quien por no ser médico está en situación de desconocerlos, si los malestares sufridos son sintomáticos de alguna enfermedad, es este caso se puede decir que la empresa debía conocer el hecho que no le ha sido declarado, en razón de que a pesar de las manifestaciones que le realizó el proponente la aseguradora omitió practicarle examen médico.

**c) “Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado”**

La compañía aseguradora no podrá rescindir un contrato de seguro por omisiones o inexactas declaraciones aunque ese hecho influya en la apreciación del riesgo, si el hecho inexactamente declarado, ya había sido conocido por la aseguradora, debido a diversas circunstancias, como podría ser el hecho de que el asegurado ya hubiere sido tratado médicamente y la aseguradora hubiere pagado los gastos médicos de ese tratamiento respecto a la enfermedad que el proponente en el consentimiento declaro inexactamente, o porque el asegurado le hubiere remitido los estudios médicos de determinada enfermedad y no la hubiere manifestado en el consentimiento para ser asegurado.



**d) “Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa”**

La renuncia a este derecho, es lo que se conoce como la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

El derecho a cuestionar vicios en el contrato por efecto del consentimiento entre las partes, es imprescriptible, por lo tanto en principio la empresa aseguradora pudiera cuestionar o disputar el contrato de seguro en cualquier tiempo, lo cual, hablando de otro tipo de contrato, sería muy entendible, sin embargo, el contrato de seguro tiene una característica particular que lo hace diferente; ésta es la ubérrima buena fe con la que se celebra el mismo.

Dentro de esta característica particular, no puede concebirse que después de varios años de duración de un contrato, éste pueda tener un rompimiento, argumentando que no existió esta buena fe en una de las partes, en virtud de que existió un engaño en la propuesta de celebración del mismo.

El objeto del contrato de seguro lo constituye el traspasar un riesgo a una institución de seguros. Este riesgo en el seguro de vida lo constituye el bien máspreciado en la naturaleza del hombre, que es la existencia misma de éste, por lo que el principio básico, radica en que, si la solicitud fue llenada con honestidad, la empresa aseguradora confió plenamente en lo que suscribió el proponente del contrato y con esa base celebró el mismo, renunciando a discutirlo, si pasados dos años, no existe la evidencia de que la empresa aseguradora celebró el contrato sin conocer exactamente toda la verdad para la valoración del riesgo.

Se presume por lo tanto, que la intención del proponente del contrato de seguro no fue la de engañar a la empresa aseguradora, sino que auténticamente

fue la de encontrarse limpiamente asegurado, otorgando legítimamente un derecho a sus beneficiarios.

Se ha comentado en diversas ocasiones la naturaleza jurídica de esta cláusula y su comparación con figuras afines a la pérdida de derechos por el transcurso del tiempo, tales como son la prescripción, la caducidad, la preclusión y algunas otras figuras jurídicas afines.

Considerando que la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD es un acuerdo entre las partes que no se identifica con las figuras jurídicas emanadas de una ley y que únicamente se está ante la presencia de la renuncia de un derecho, a partir de un plazo cierto y sujeto a un requisito formal que es el de la notificación.

Esta renuncia que hace la institución de seguros, es una renuncia general con motivo de la celebración del contrato y la cual puede ser redactada mencionando que el contrato es disputable durante los dos primeros años de vigencia del mismo, o bien, estableciendo que éste sería indisputable a partir del segundo año.

## CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD

### EJEMPLO 1

Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de su fecha de vigencia o la de su rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del asegurado al efecto la compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para atacarlo de nulidad o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración.

Cuando posteriormente a la fecha de vigencia o rehabilitación, el asegurado presentara cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la compañía 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 período, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la póliza.

## EJEMPLO 2

Esta póliza no será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la póliza, para su rehabilitación o para otorgar un incremento adicional en la suma asegurada no estipulado en el contrato original, después de dos años de su inicio de vigencia, de su última rehabilitación o del otorgamiento del incremento en suma asegurada.

Esta cláusula establece un plazo dentro del cual la institución podrá disputar el contrato que como hemos visto, la costumbre ha establecido que sea de dos años.

**e) “Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato.**

**Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.”**

La aseguradora deberá revisar su cuestionario a fin de que se encuentre perfectamente requisitado y firmado por el proponente del seguro pero si es omisa al respecto y celebra el contrato con un cuestionario llenado en forma incompleta, la culpa de la omisión o inexacta declaración del hecho será de la aseguradora y

en consecuencia tendrá que hacer valido el contrato de seguro ya que conforme con el principio de derecho que reza “que nadie puede invocar su error en beneficio propio”, en consecuencia deberá responder al pago de cualquier indemnización derivada del riesgo cubierto.

La excepción de la regla es para el caso de que exista un apartado en el que se sentencie al proponente el hecho de que si no contesta el cuestionario o lo deje en blanco, se entenderá que lo lleno en sentido negativo o viceversa, o que el asegurado conteste una pregunta en un sentido, que por su contenido le de respuesta a otra, y que al responder la otra la conteste en sentido contrario.

#### **4.6. PROPUESTA PARA DISMINUIR LAS OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES EN LAS QUE PUDIESE INCURRIR UN PROPONENTE DE UN SEGURO DE VIDA Y/O DE GASTOS MÉDICOS.**

Debido a que hoy en día existe un gran índice de demanda en el sector asegurador creciendo la venta de pólizas de seguro vida y de gastos médicos, ya que la sociedad día a día se va dando cuenta que esta expuesta a una serie de riesgos, debido a diferentes factores como podrían ser la inseguridad, el estrés, la falta de cuidado de unos hacia los otros, el trabajo que se desempeña, etc., por lo cual al no estar exentos nadie de la muerte ni de contraer una enfermedad, surge la necesidad de adquirir un seguro, haciendo a veces las personas que lo adquieren un esfuerzo para pagar la prima correspondiente, con la seguridad que si llegare a faltar el asegurado en un momento dado, o se viere afectado de su salud, la compañía aseguradora le pagará la suma asegurada pactada sin mayor tramite que acreditar la muerte o la enfermedad sufrida.

De la misma manera que ha aumentado la venta de pólizas de seguro de vida y de gastos médicos han aumentado los rechazos efectuados por parte de las compañías aseguradoras con relación a omisiones e inexactas declaraciones o

por padecimientos preexistentes, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), ha reportado que del mes de enero al mes de mayo del año dos mil seis, se presentaron 2987 (DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE) reclamaciones en dicha comisión de las cuales el 22% corresponden al seguro de vida y de gastos médicos.

Sin embargo, no todos los siniestros que son rechazados por omisiones e inexactas declaraciones y/o por padecimientos preexistentes, que conllevan en la mayoría de los casos a un juicio, debieron ser rechazados, ya que, existen situaciones en las que el proponente actúa de buena fe al llenar su solicitud de contrato de seguro, el cual lleva inserto el cuestionario relativo y a pesar de su buena fe al llenar el cuestionario relativo, le es rechazado el pago de su siniestro, estas situaciones se dan como se ha hecho alusión anteriormente, en los casos en que el proponente del seguro no sabía que estaba enfermo, por lo cual no puede contestar algo que no sabe que tiene, según el principio de derecho de que “nadie esta obligado a lo imposible”, en ésta situación la aseguradora antes de rechazar el siniestro debe investigar con los médicos de cabecera del asegurado si éste tenía conocimiento de la enfermedad que padecía, si se trata de una enfermedad asintomática, etc. Sin embargo, sólo se guía para el rechazo con la historia clínica del asegurado la cual en la mayoría de los casos no es la más adecuada para saber si el asegurado sabía la enfermedad que omitió o declaró inexactamente, ya dichos expedientes clínicos son llenados por los médicos tratantes en base a los estudios que le son realizados al asegurado al momento del siniestro, y los cuales son valores por los citados médicos asentando éstos en el expediente médico su particular vista de lo que en ese momento están oscultando, para poder llegar a un diagnóstico certero respecto de la consulta del paciente.

De la misma manera existen los casos a que el proponente de un seguro nunca se le pregunto en el cuestionario relativo si padece o padeció x enfermedad;

sin embargo, el asegurado la padece o padeció la enfermedad que no le fue preguntado en el cuestionario y como se ha hecho alusión al no habérsela preguntado la compañía aseguradora está provocando la omisión e inexacta declaración, en este caso el proponente también actuó de buena fe porque el cuestionario médico que es practicado por las compañías aseguradoras no dan pauta a que el proponente se explante, en esta situación también debe proceder el pago del seguro.

Asimismo, como hicimos mención con anterioridad existen los casos en que el proponente le manifiesta a la empresa aseguradora al requisitar el cuestionario respectivo, la enfermedad que sabía que tenía, siendo dicha manifestación un hecho importante para la apreciación del riesgo, ya que de ésta dependerá si el asegurador asume o no el riesgo, por lo cual merece un estudio exhaustivo, el cual en la mayoría de los casos no se da porque la aseguradora no considera necesario la practica de un examen médico asumiendo el riesgo como le es presentado; sin embargo, una vez ocurrido el siniestro y consultada la historia clínica del asegurado la empresa aseguradora se encuentra que el asegurado padeció o padece diversas enfermedades sintomáticas de la enfermedad que si declaro y que él por ser una persona ordinaria no sabía que tenía, y pesar de que la aseguradora en su momento no mando a practicarse al proponente un examen médico rescinde el contrato por omisiones e inexactas declaraciones, violando en perjuicio del asegurado lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para disminuir estas situaciones y dar más tranquilidad al asegurado que actúa de buena fe en el sentido de que en un momento dado se le va pagar la suma asegurada pactada, proponemos las siguientes cuestiones:

1.- Que los cuestionarios médicos que están insertos dentro de la solicitud de aseguramiento, sean efectivos y benévolos para ambas partes contratantes, es

decir, que éstos sean redactados, en lenguaje común, con preguntas precisas, respecto de un lapso de tiempo cierto, y que llenen las características de los requisitos que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha precisado en algunas de sus jurisprudencias como son:

Que sean preguntas de un solo hecho, que sean de hechos propios, que se puedan contestar en sentido afirmativo, que no sean insidiosas o capciosas.

**2.-** Que los cuestionarios que le son practicados al proponente de un seguro fuesen previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros Fianzas, ya que en la actualidad éstos no son aprobados por dicha comisión, toda vez que cada compañía aseguradora elabora el cuestionario que a criterio de sus especialistas son los más aptos para tener conocimiento de todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

**3.-** Que las aseguradoras a través de sus intermediarios que son los agentes de seguros, expliquen al proponente los hechos que a su criterio son importantes para la apreciación del riesgo, ya que en la práctica casi nunca se da este supuesto, toda vez que, a las aseguradoras y a los agentes de seguros les interesa más asegurar a una persona que rechazarla, motivo por el cual omiten explicar al proponente que otras circunstancias que no estén contempladas en el cuestionario médico que le es formulado deben ser manifestadas, por lo que en el cuestionario se necesitaría un glosario en el que se precisará las palabras técnicas básicas del lenguaje del contrato de seguro como es la palabra **hechos importantes**.

**4.-** Que la solicitud de seguro, así como la póliza y sus condiciones generales, sean redactadas en forma clara y precisa y con un tipo de letra legible, para que el asegurado tenga pleno conocimiento de lo que en éstas se encuentra plasmado.

5.- Una propuesta a nuestro particularmente punto de vista que sería importante en materia de seguros, es la implementación de un examen médico obligatorio al proponente que manifieste a la compañía aseguradora a través del cuestionario relativo que ha padecido o tiene cierta enfermedad o determinada sintomatología, ya que si el proponente esta actuando de buena fe frente al asegurador no puede situársele dentro de lo dispuesto por el artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, practicándose dicho examen médico también a los asegurados de un seguro de grupo a los cuales en la actualidad a ningún asegurado de este ramo le es practicado.

Por lo anterior, consideramos que al artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro debe adicionársele un párrafo en donde se faculte a la compañía aseguradora requerir al proponente se practique examen médico obligatorio siempre y cuando, repetimos, éste le haya manifestado el padecimiento de una enfermedad o una sintomatología, ya que dicha manifestación es un hecho importante para la apreciación del riesgo, la cual debe ser exhaustivamente analizada por el asegurador quedando el dispositivo legal en cita de la siguiente manera:

**Artículo 8**

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer, en el momento de la celebración del contrato y en su caso practicarse examen médico el cual será obligatoriamente requerido por escrito por la empresa aseguradora cuando en la oferta se haya indicado padecer enfermedad o sintomatología.

Proponiendo que sólo se practique examen médico a la persona que manifieste a la compañía aseguradora cierta enfermedad o sintomatología, porque no se puede perder de vista que una de las características principales del contrato de seguro es la buena fe que debe existir en los contratantes, por lo cual no se le



puede obligar a la compañía aseguradora practicar examen médico a todos los proponentes de un seguro de vida o de gastos médicos porque se perdería el principio rector del contrato de seguro por no creer en las personas que declararon no padecer ninguna enfermedad.

Lo anterior en razón de que la Ley Sobre el Contrato de Seguro no establece cuándo es necesario la práctica de un examen médico al proponente de un contrato de seguro, quedando al arbitrio de las compañías aseguradoras la decisión de mandar a practicar éste.

#### **4.7. VENTAJAS DE LAS PROPUESTAS PLANTEADAS**

Las ventajas que consideramos tendrían nuestras propuestas son las siguientes:

a) Habría menos rechazos de pago por omisiones e inexactas declaraciones y por padecimientos preexistes.

b) La compañía aseguradora sabría realmente el riesgo que va a tomar y de ella dependería aceptarlo o rechazarlo, de acuerdo a su experiencia, ya que podría ser el caso de que la enfermedad que padece el proponente sea de erradicación definitiva y no deje secuelas que generaren gastos médicos o provoque la muerte y por las cuales sí se aceptare la oferta por considerar al proponente sano.

c) El proponente que ha actuado de buena fe al manifestar a la compañía aseguradora la enfermedad o sintomatología que sabe que tiene, y que ha sido aceptado a sabiendas de éstas, tendría la certeza que si llegase a ocurrir el riesgo asegurado la compañía aseguradora le pagará la suma asegurada pactada en el contrato de seguro.

d) La compañía aseguradora y el asegurado no erogarían un gasto innecesario derivado de un litigio, el cual puede tener un alto costo y durar aproximadamente tres años, tal vez menos o más, el cual en algunos casos suele ser desgastante para el asegurado o beneficiario en su caso.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** El principal antecedente del seguro lo encontramos en la ECHAZÒN, la cual consistía en arrojar al mar algunos objetos o mercaderías cargadas en la nave, a fin de aligerarla y darle mayor flotabilidad, en casos de tempestad, varadura peligrosa o para eludir la persecución de corsarios y piratas.

**SEGUNDA.-** La característica mas importante del contrato de seguro es la buena fe que debe de existir entre las partes que celebran el citado contrato; sin embargo, en la práctica esa buena fe, tanto de la compañía aseguradora como del proponente o tomador de seguro se ha ido perdiendo, en ocasiones para la obtención de un enriquecimiento ilícito u otras por la ignorancia del segundo.

**TERCERA.-** En el contrato de seguro no necesariamente el proponente o tomador del seguro es la persona asegurada, ya que esta última puede ser persona distinta al primero, el cual gozará los derechos que otorga el contrato de seguro, pero las obligaciones de dicho contrato recaerán en la persona que celebra con la compañía aseguradora el contrato de seguro.

**CUARTA.-** El seguro de personas tiene una diversidad de modalidades tantas como el sector asegurador pueda crear, en donde lo que éste debe considerar en la tabla de mortalidad, elemento técnico indispensable para cubrir un riesgo, la tabla de mortalidad es la hipótesis estadística en el que se señala un número de personas del mismo género, de la misma edad, de la misma actividad o profesión, y en que porcentaje fallecen, lo cual sirve de base para

calcular las primas que debe de pagar el asegurado a la compañía aseguradora y las posibles indemnizaciones que se cubrirán al primero.

**QUINTA.-** El derecho del beneficiario por concepto de cobro de la indemnización del seguro, es independiente de los derechos de sucesión, ya que el asegurado, sin necesidad de hacer un testamento, sin que éste se abra ante autoridad judicial o notario público, puede determinar que su beneficiario acuda a cobrar directamente a la aseguradora el monto de la indemnización pactada en el contrato de seguro celebrado, sin más trámite que el beneficiario se identifique ante la compañía aseguradora y entregue a ésta los documentos que le son solicitados entre los que se encuentran: el acta de nacimiento del asegurado, acta de defunción del asegurado, credencial de elector del asegurado y beneficiario, el contrato de seguro celebrado, etc.

**SEXTA.-** El contrato de seguro de vida respecto de un menor de doce años es nulo, puesto hay disposición expresa en el artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; sin embargo, aún cuando el citado precepto así lo señala, las compañías aseguradoras dolosamente realizan contratos en donde aseguran la vida de un menor de doce años con el único objetivo de cobrar las primas del seguro y una vez que sucede el siniestro rechazan el pago de la indemnización argumentando que el contrato era nulo.

**SÉPTIMA.-** Los cuestionarios médicos practicados a un proponente de seguro por parte de la compañía aseguradora no son aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y son las aseguradoras quienes a su libre arbitrio redactan éstos, no incluyendo en éstos preguntas en donde el proponente pueda expresarse manifestando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pretende que la asegurada asuma, es por ello que existen negaciones de pago de indemnización por parte de las aseguradoras por omisiones e inexactas declaraciones, aunque haya sido la propia compañía aseguradora que suscitó dicha omisión y no el asegurado, motivo por

el cual es importante que los cuestionarios médicos practicas en la operación de vida sean aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**OCTAVA.-** Es importante que el artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro regule la práctica de un examen médico obligatorio al proponente o tomador seguro que actuando de buena fe, le manifieste a la compañía aseguradora en el cuestionario médico que le es formulado, que padece o ha padecido “X” enfermedad o determinada sintomatología, toda vez que, de dichos padecimientos o sintomatología se pueden derivar otras enfermedades desconocidas por el proponente o tomador de seguro, los cuales no pueden ocasionarle ningún perjuicio al asegurado en caso de que la compañía aseguradora omita la práctica de dicho examen médico. Ya que en la actualidad se deja al arbitrio de las compañías aseguradoras mandar o no practicar examen médico al proponente del seguro o al asegurado, y cuando se da el siniestro y descubren otras enfermedades la compañía aseguradora hace valer su derecho de rescisión por omisiones e inexactas declaraciones en las que incurrió el proponente al requisitar su cuestionario médico.

**NOVENA.-** La propuesta planteada en la conclusión que antecede no solo acarrea una ventaja al asegurado sino también a la compañía aseguradora, pues ésta sabría realmente el riesgo ha asumir y de ella dependerá si acepta o no éste.

**DÉCIMA.-** Para que el proponente de un seguro no incurra de manera involuntaria en omisiones e inexactas declaraciones, es necesario:

Que los cuestionarios médicos que están insertos dentro de la solicitud de aseguramiento, sean efectivos y benévolos para ambas partes contratantes, es decir, que éstos sean redactados, en lenguaje común, con preguntas precisas, respecto de un lapso de tiempo cierto, y que llenen las características de los

requisitos que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha precisado en algunas de sus jurisprudencias como son: qué sean preguntas de un solo hecho, que sean de hechos propios, que se puedan contestar en sentido afirmativo, que no sean insidiosas o capciosas.

Que los cuestionarios que le son practicados al proponente de un seguro fuesen previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros Fianzas, ya que en la actualidad éstos no son aprobados por dicha comisión, toda vez que cada compañía aseguradora elabora el cuestionario que a criterio de sus especialistas son los más aptos para tener conocimiento de todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, lo cual debe ser regulado dentro del artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Que las aseguradoras a través de sus intermediarios que son los agentes de seguros, expliquen al proponente los hechos que a su criterio son importantes para la apreciación del riesgo, ya que en la práctica casi nunca se da este supuesto, toda vez que, a las aseguradoras y a los agentes de seguros les interesa más asegurar a una persona que rechazarla, motivo por el cual omiten explicar al proponente que otras circunstancias que no estén contempladas en el cuestionario médico que le es formulado deben ser manifestadas, por lo que en el cuestionario se necesitaría un glosario en el que se precisará las palabras técnicas básicas del lenguaje del contrato de seguro como es la palabra hechos importantes.

Que la solicitud de seguro, así como la póliza y sus condiciones generales, sean redactadas en forma clara y precisa y con un tipo de letra legible, para que el asegurado tenga pleno conocimiento de lo que en éstas se encuentra plasmado.

**DÉCIMA PRIMERA.-** Las ventajas que consideramos tendrían las propuestas planteadas en el presente trabajo son:

Habría menos rechazos de pago por omisiones e inexactas declaraciones y por padecimientos preexites.

La compañía aseguradora sabría realmente el riesgo que va ha tomar y de ella dependería aceptarlo o rechazarlo, de acuerdo a su experiencia.

El proponente que ha actuado de buena fe tendría la certeza que si llegase a ocurrir el riesgo asegurado la compañía aseguradora le pagará la suma asegurada pactada en el contrato de seguro.

La compañía aseguradora y el asegurado no erogarían un gasto innecesario derivado de un litigio.

## BIBLIOGRAFÍA

ARELLANO GARCIA, Carlos. Métodos y Técnicas de la Investigación Jurídica. Segunda Edición. Editorial Porrúa. México, 2001.

AMILCAR, Santos. Seguros. Editorial Distribuidora Record. Río de Janeiro, 1980.

BAEZA PINTO, Sergio. El Seguro. Tercera Edición. Editorial Jurídica de Chile. Chile, 1994.

BENITEZ DE LUGO, Reymundo. Tratado de Seguros. Editorial Reus. Madrid, 1955.

BENITEZ DE LUGO, Félix. Legislación Comparada de Seguros. Editorial Reus. Madrid, 1942.

CASTILLON Y LUNA, Víctor M. Contratos Mercantiles. México, 2002.

DIAZ BRAVO, Arturo. Contratos Mercantiles. Tercera Edición. Editorial Harla. México, 1998.

DONATI, Antigono. Los Seguros Privados, Manual de Seguros. Editorial Bosh. Tercera Edición. Barcelona, 1970.

FIX-ZAMUDIO, Héctor. Método, Docencias e Investigación Jurídicas. Octava Edición. Editorial Porrúa. México, 2000.

GARRIGUEZ, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Tomo II. Editorial Porrúa. México, 1987.

HALPERIN, Isaac. Seguros (Actualizado por Juan Carlos F. Morando). Tomo I. Segunda Edición. Editorial Depalma. Buenos Aires, 1991.



HALPERIN, Isaac. Lecciones de Seguros. Octava Reimpresión. Editorial Depalma. Buenos Aires, 1997.

HORS Y BAUS, Pedro. Tratado de los Seguros de Transportes Marítimos, Terrestres, de Valores y Aéreos. Editorial Gustavo Gilli, S.A. Barcelona MCMXLV.

HUEBNER, S.S. El Seguro de Vida. Editorial Mapfre. España, 1976.

LISTOSELLA DE RAVIOLI, Amanda R. Compendio de Derecho de Seguros Tradicionales y Modernos. Tercera Edición. Editorial la Ley. Buenos Aires, 2002.

MARTÍNEZ GIL, José de Jesús. Manual Teórico y Practico de Seguros. Editorial Porrúa. México, 1984.

MEILIJ RAUL, Gustavo. Manual de Seguros. Tercera Edición. Editorial Depalma. Buenos Aires, 1998.

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

SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Editorial Porrúa. México, 2000.

SANCHEZ CALERO, Fernando. Instituciones de Derecho Mercantil. Décima Edición. Editorial Revista de Derecho Privado. Madrid, 1990.

STIGLIZ, Rubén S. Derecho de Seguros. Editorial Abeledo-Perrot. Argentina, 1997.

VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Contratos Mercantiles. Editorial Porrúa. México, 1982.

## LEGISGRAFÍA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa. México, 2006.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Editorial Ediciones Fiscales Isef. México, 2006.

Ley Sobre el Contrato de Seguro. Editorial Ediciones Fiscales Isef. México, 2006.

Código de Comercio. Editorial Ediciones Fiscales Isef. México, 2006.

Código Civil para el Distrito Federal. Editorial Ediciones Fiscales Isef. México, 2006.

Circular S-25.3.- Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de Noviembre de 2005.

## OTRAS FUENTES

Diccionario para Juristas. Palomar de Miguel Juan. Editorial Mayo Ediciones, México, 1981.

Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo IX. Editorial Driskill. Argentina, 1979.

VALDÉS, Verónica. “Proteja su dinero”. Revista de Cultura Financiera, Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Noviembre, 2004.

FELIX MORANDI, Juan Carlos. Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros. “Posibles bases para la unificación del régimen legal del Contrato de Seguro en Iberoamérica, Bogotá, Agosto 23-26 1989.

GUTIÉRREZ BONEGRA, Facundo. Tercer Congreso de Derecho de los Seguros y Fianzas. “Las condiciones generales y las cláusulas en el contrato de seguro”. Veracruz, 2000.

MEJIA TAPIA, Pedro. Actualidad en Seguros y Fianzas. “Aspectos Relevantes del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México”. Documento de Trabajo número 28. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Septiembre, 1993.