

878509

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE DERECHO

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**“LA INSEGURIDAD DEL
CONTRATO DE SEGURO”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN DERECHO**

P R E S E N T A :

RICARDO BAIGTS CEDEÑO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC: CECILIA JOSEFINA ESTRADA LARENAS

m343290



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.

LA INSEGURIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

CAPITULADO

INTRODUCCIÓN.	4
CAPÍTULO PRIMERO.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SEGURO.	
1.1.- Antecedentes históricos del seguro en el mundo.	6
1.2.- Antecedentes históricos del seguro en México.	10
CAPÍTULO SEGUNDO.- EL CONTRATO DE SEGURO.	
2.1.- Concepto.	21
2.2.- Clasificación jurídica del contrato de seguro.	25
2.2.a. Nominado.	27
2.2.b. De adhesión.	28
2.2.c. Oneroso.	29
2.2.d. Aleatorio.	30
2.2.e. Consensual en oposición a formal.	31
2.2.f. Bilateral o sinalagmático perfecto.	33
2.2.g. De buena fe.	34
2.2.h. De tracto sucesivo.	37
2.2.i. De masas.	37
2.2.j. De empresa.	38
2.2.k. Mercantil.	38
2.2.l. De garantía.	39
2.2.m. Principal.	40
2.3.- Elementos esenciales del contrato de seguro.	40
2.3.a. Riesgo.	40
2.3.b. Prima.	42
2.3.c. Garantía.	43
2.3.d. Empresa aseguradora.	44

2.4.- Elementos personales del contrato de seguro.	46
2.4.a. El asegurado.	46
2.4.b. El beneficiario.	46
2.4.c. El tercero dañado.	47
2.5.- Elementos materiales del contrato de seguro.	48
2.5.a. El interés asegurable.	48
2.5.b. La suma asegurada.	49
2.5.c. El siniestro.	51
2.5.d. La indemnización.	52
2.6.- La contratación del seguro.	53
2.6.a. La póliza.	55
2.7.- El coaseguro, reaseguro, contraseguro y doble seguro.	59
2.7.a. El coaseguro.	59
2.7.b. El reaseguro.	59
2.7.c. El contraseguro.	61
2.7.d. El doble seguro.	62
2.8.- Formas de terminación del seguro.	62
2.8.a. La nulidad del contrato de seguro.	63
2.8.b. La resolución del contrato de seguro.	65
2.8.c. La rescisión del contrato de seguro.	66

CAPÍTULO TERCERO.- LOS CONFLICTOS EN MATERIA DE SEGUROS.

3.1.- El procedimiento conciliatorio.	70
3.2.- El procedimiento arbitral.	86
3.2.1. Tipos de arbitraje en materia de seguros.	87
3.2.1.a. El arbitraje en amigable composición.	88
3.2.1.b. El arbitraje en estricto derecho.	89
3.2.1.c. El arbitraje en estricto derecho con reducción de términos.	91
3.2.2. Partes y etapas procesales en el arbitraje en materia de seguros.	92
3.2.2.a. Demanda.	92
3.2.2.b. Contestación de demanda.	93

3.2.2.c. Instrucción o dilación probatoria.	94
3.2.2.d. Alegatos.	98
3.2.2.e. Laudo.	99
3.3.- El procedimiento judicial.	102
3.3.1. Partes y etapas en el procedimiento judicial.	102

CAPÍTULO CUARTO.- LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SEGUROS Y SUS DEFICIENCIAS.

4.1.- Ley sobre el Contrato de Seguro.	109
4.1.a. Artículo 20.	110
4.1.b. Artículo 47.	113
4.1.c. Artículo 52.	118
4.1.d. Artículo 78.	121
4.1.e. Artículo 91.	122
4.1.f. Artículo 95.	124
4.2.- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.	126
4.2.a. Artículo 135 Bis.	126
4.2.b. Artículo 136.	128
4.3.- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.	133
4.3.a. Artículo 75, fracciones V y VIII.	134
4.3.b. Artículo 83.	136

CAPÍTULO QUINTO.- CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA	156
---------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El cuidado del patrimonio de una persona, sea física o moral, es y ha sido siempre una de las prioridades de todo el que lo tiene, sin importar que sea poco o mucho, pues a fin de cuentas gracias al patrimonio con que contamos determinaremos de alguna manera nuestra forma de vivir, actuar y desarrollarnos ante la sociedad.

Existen muchas formas o causas por las cuales el patrimonio se puede ver seriamente disminuido o incluso inexistente. Muchas de esas causas de disminución son provocadas por culpa o negligencia de nosotros mismos, por lo que podemos evitarlas si así realmente lo deseamos, sin embargo muchas otras escapan de nuestro control y, por lo tanto, no podemos hacer nada para que no se presenten, siendo estas las que conocemos como caso fortuito o imprevisibles.

Dada la existencia o probabilidad de que se presenten causas imprevisibles o de caso fortuito que afectan al patrimonio, surgió en el mundo entero, casi desde los inicios de la civilización, la ahora figura jurídica conocida como “seguro”.

Desde su surgimiento, el seguro venía brindando a sus usuarios una tranquilidad en cuanto a que sus bienes o su patrimonio no se vería gravemente afectado si llegare a actualizarse alguno de los riesgos amparados por el contrato, pues sería el asegurador, hoy la compañía aseguradora, quien absorbería prácticamente todo el costo del daño, contra el simple pago por parte del asegurado de una prima y, en algunos países, como es el caso de México, un deducible.

Con el paso de los años, el seguro se convirtió en una actividad sumamente importante e indispensable para la sociedad en general, tanto que en nuestro país se tomó la decisión de que, como sucede con la banca, la actividad aseguradora fuera controlada y vigilada por el Gobierno Federal, expidiéndose diversas leyes específicas en la materia.

Lamentablemente ni el control gubernamental ni la expedición de leyes específicas en la materia, han logrado que esa tranquilidad de que gozaban los usuarios o contratantes de seguros, poco a poco vaya desapareciendo.

En efecto, hoy en día la tranquilidad que brinda la contratación de un seguro al asegurado o sus beneficiarios, se ha disminuido enormemente en comparación con la que brindaba dos o tres décadas atrás, pues para muchos la celebración de dicho acto jurídico ya no significa la garantía absoluta de que cuando se presente el riesgo cubierto por el seguro recibirá el pago de la indemnización correspondiente, habida cuenta que tal parece que se ha convertido en una costumbre de las compañías aseguradoras negar cuanta reclamación se les

presente, y si bien es cierto que ese actuar irresponsable de las instituciones de seguros deviene sin lugar a dudas del hecho irrefutable de que en la sociedad mexicana, en términos generales, se han venido perdiendo los valores humanos, como el de actuar con honorabilidad en todo momento, no menos cierto es que ello no es razón para permitir que la institución jurídica del seguro y su esencia propia se pierda, de modo tal que considero imprescindible realizar un análisis a nuestra legislación para tratar de algún modo evitar que tal situación ocurra.

Ciertamente el honor no es o no debe ser un valor que nos inculquen las leyes ni el comportamiento de los demás, sin embargo, es un hecho sabido que, como todo, las disposiciones legales deben ir cambiando conforme lo haga la sociedad, y sobre todo, la ley debe procurar evitar que la gente actúe sin honor, con mala fe, dolo o fraudulentamente, y si bien es cierto que es prácticamente imposible que una simple disposición legal inculque valores a las personas, los cuales estoy seguro se adquieren a través de la educación que se nos brinda desde que nacemos, no menos cierto es que sí puede evitar, en gran medida, que se cometan injusticias que queden impunes, ya sea con la imposición de multas, sanciones o medidas disciplinarias efectivas, o bien con el perfeccionamiento y adecuación de las leyes a las condiciones actuales.

Por ello, considero de suma importancia que se haga un estudio y análisis de la figura jurídica del seguro, y de la legislación que la rige actualmente, para poder determinar cuál es o cuáles pudieran ser las causas que han dado lugar a que tanto las aseguradoras como los asegurados hayan perdido la confianza y la tranquilidad al momento de contratar un seguro, y de esa forma rescatar tan importante actividad de su hundimiento o incluso la desaparición total de su esencia, porque de nada sirve que se sigan comercializando seguros en nuestro país, si existe el riesgo gigantesco de que sea contratado sobre bases falsas, o bien que al actualizarse el riesgo cubierto recibamos una negativa de pago por parte de las aseguradoras, escudadas ambas conductas en la ineficacia de las leyes que rigen dicha actividad.

En ese tenor, el objetivo principal que se persigue con esta Tesis, es detectar cuál o cuáles son aquellas disposiciones legales que pudieran estar “apoyando” la conducta maliciosa y temeraria tanto de los asegurados como de las aseguradoras, al contratar un seguro sobre bases falsas, presentar una reclamación notoriamente improcedente o negar infundadamente el pago de una indemnización, y proponer la posible solución al problema.

CAPÍTULO PRIMERO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SEGURO.

1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SEGURO EN EL MUNDO.

La historia del Seguro se remonta a las antiguas civilizaciones de donde se utilizaban prácticas que constituyeron los inicios de nuestro actual sistema de seguros, podemos decir que la institución del seguro es casi tan antigua como la civilización misma. Probablemente las formas más antiguas de seguros fueron iniciadas por los babilonios y los hindúes, y también se encuentran antecedentes en las culturas griega y romana.

Algo indudable es que el seguro nació con el comercio, debido a la necesidad de movilización de las mercancías para su comercialización, las que por ello se encontraban expuestas a serias y grandes pérdidas ocasionadas por hundimientos de las embarcaciones en que se transportaban, piratería y robo, principalmente, generándose con ello la enorme necesidad entre los comerciantes de asegurarse de alguna forma que por el desarrollo de sus actividades no se vieran perjudicados en su patrimonio, o por lo menos no al grado de perderlo todo; por lo que comenzaron a unirse en grupos o “mutualidades”, cuyo objeto era crear entre ellos fondos con sus propias aportaciones, que se entregarían al miembro que sufriera alguno de los percances antes mencionados, en la medida en que fuera su pérdida, disminuyendo con ello el riesgo de perderlo todo.

El tratadista Don Luis Ruíz Rueda denomina a las “mutualidades” como: *“Un procedimiento económico para hacer frente a las consecuencias de que el riesgo (la eventualidad dañosa) se convierta en realidad y con ello se sufra la pérdida o daño. Este procedimiento llamado mutualidad, consiste en repartir entre un gran número de personas expuestas a un riesgo de la misma especie, las pérdidas o daños que sufran los pocos para quienes se realicen”*.¹

Los primeros contratos de seguro que se celebraron fuera de los grupos o mutualidades, fueron los conocidos bajo el nombre de “Préstamos a la Gruesa”, los cuales tenían lugar, esencialmente, entre los banqueros y los propietarios de los barcos.

A través del contrato de “Préstamos a la Gruesa”, el propietario del barco acudía ante los banqueros a solicitar dinero para reunir los fondos necesarios para comprar carga y financiar su viaje o flete, especificándose en este tipo de acuerdos que si el barco o

¹ Ruíz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. México, Ed. Porrúa, 1978, pág. 5.

carga se perdía durante el viaje, el préstamo se entendería como cancelado, sin que el asegurado tuviera que pagar al banco cantidad alguna aparte de la que ya había pagado por la contratación del “Préstamo a la Gruesa”. Naturalmente, el costo de este contrato era muy elevado, ya que sólo de esa forma los banqueros podían de alguna manera evitar o disminuir en gran medida las pérdidas en caso de siniestro; sin embargo, la historia reporta grandes números rojos a cargo de los banqueros en este tipo de operaciones, pues no se tenían los conocimientos actuariales y control de estadísticas que se tienen ahora para calcular las pérdidas y montos de lo que conocemos en nuestros tiempos como “prima”.

A principios del siglo XIII, concretamente en el año 1234, el Papa Gregorio IX, consideró que el “Préstamo a la Gruesa” implicaba usura por parte de los banqueros hacia quienes solicitaban dicho préstamo, por lo que a partir de entonces se prohibió esa actividad en el derecho canónico, lo que dio lugar al nacimiento del seguro marítimo, a través del cual se substituyó el desembolso inmediato del dinero materia del préstamo, por el pago de una indemnización que recibiría el dueño del buque o de las mercancías aseguradas en caso de que se produjeran daños a este o estas.

Jorge Barrera Graf, en su obra denominada “Tratado de Derecho Mercantil”, señala que: “...la expansión del comercio marítimo dio como resultado que se expidieran algunas leyes de naturaleza mercantil, dentro de las cuales se encuentra como primer ordenamiento en materia de seguros la “*Lex Rhodia de Jactu, de las Isla de Rodas...*”.”²

Como para esas fechas Inglaterra resultaba ser el centro marítimo del mundo, Londres vino a ser la capital aseguradora para casco y carga, convirtiéndose además en la ciudad donde mayor impulso se le dio al seguro, siendo las cafeterías los lugares donde generalmente se concentraban las operaciones de aseguramiento, relacionadas casi exclusivamente con el comercio y la transportación marítima.

Lloyd’s de Londres, una de las empresas más importantes del mundo, fue constituida en el siglo XIV, en una taberna de la misma ciudad, propiedad de Edward Lloyd, la cual era concurrida por marinos, prestamistas y comerciantes. Esta empresa fue la primera en investigar y elaborar una estadística de las probabilidades de pérdidas en los desplazamientos de riesgos de navegación, de ahí que la ciudad de Londres fuera la primera en la que se expidieran las pólizas por comisionista que distribuían el riesgo entre grupos de comerciantes.

Con el paso del tiempo, después de la muerte de su propietario, el café Lloyd empezó a ser importante. En 1771 se establecieron las bases para su funcionamiento y en 1871

² Barrera Graf, Jorge, Tratado de Derecho Mercantil, volumen I, Editorial Porrúa, México, 1957, páginas 51 en adelante.

el Parlamento británico la reconoce como una Corporación, volviéndose así una corporación inglesa de aseguradores individuales, integrados en varios grupos independientes entre si, que se denominan sindicatos, los cuales aceptan riesgos a través de sus propios miembros llamados Underwriters.

Los Underwriters eran las únicas personas, como miembros de la Lloyd's, que podían aceptar seguros, obligándose a responder con su patrimonio personal de las obligaciones económicas contraídas al aceptar el riesgo.

Para ser Underwriter se exigía ser presentado por un miembro de la Lloyd's que estuviera amparado por otros cinco, lo que no sucedía si el aspirante a ser nuevo miembro no contaba con una fuerte solvencia financiera que le permitiera responder de aquellos siniestros que se presentaran.

Fue a partir de la existencia de los Underwriters cuando nació la figura que ahora conocemos como agentes y corredores de seguros, con la diferencia de que éstos dos no tienen la obligación de responder con su patrimonio en caso alguno.

Los vestigios del seguro de vida se encuentran en antiguas civilizaciones, tal como Roma, donde era acostumbrado por las asociaciones religiosas, coleccionar y distribuir fondos entre sus miembros en caso de muerte de uno de ellos; sin embargo, el seguro de vida, como el que conocemos en nuestros tiempos, no surgió estrictamente hablando sino hasta el siglo XVI, principalmente con motivo de préstamos, siendo la primera póliza de seguro de vida expedida, la de Williams Gibbons, en el año de 1583, en la oficina de seguros de la Royal Exchange de Londres.

El Seguro de Incendio surgió más tarde en el siglo XVII, después que un incendio destruyó la mayor parte de Londres, ocasionando enormes pérdidas a los siniestrados.

Las sociedades con objeto asegurador aparecieron alrededor de 1720, y en las etapas iniciales los especuladores y promotores ocasionaron el fracaso financiero de la mayoría de estas nuevas sociedades, pues los cálculos de las primas por la contratación del seguro no fueron debidamente estimados.

Lo anterior trajo serias repercusiones en la sociedad británica, provocando que eventualmente el Parlamento restringiera las licencias, siendo la ya nombrada Lloyd's de Londres la primera compañía autorizada.



CRONOLOGÍA DEL SEGURO³

1347 Surge el primer contrato de Seguro en Génova Italia.

1385 Surge la primera póliza en Pisa.

1629 En Holanda, surge la Compañía de las Indias Orientales, primera gran compañía moderna que asegura el transporte marítimo. Este tipo de institución se multiplicó por todo el Continente Europeo.

1666 Se incendian cerca de 13,200 casas, 89 iglesias y la Catedral de Saint Paul, en la ciudad de Londres. Los ingleses fundan el 'Fire Office' para el auxilio a las víctimas. Sólo en ese momento el hombre ha ponderado la posibilidad de amenizarse las pérdidas a un nivel financiero. Surge, así, el más antiguo Seguro contra Incendios del mundo.

1800 El Seguro crece en Inglaterra en el siglo XIX, amparando manufacturas emergentes de incendios, garantizando condiciones básicas, permitiéndoles expandir sus servicios y el número de protegidos por el seguro.

1808 La apertura de los puertos al Comercio Internacional, por D. Joao VI, origina en el Brasil la primera sociedad aseguradora: Cia. de Seguros Boa Fé.

1870 En la historia reciente de México, los antecedentes formales del Seguro se remontan a 1870, cuando en el Código Civil se regula el Contrato del Seguro.

1892 Se promulga la primera ley que rige a las compañías de seguros mexicanas y extranjeras existentes en esos años.

1969 Surge la Companhia Real Brasileira de Seguros, empresa del Grupo Real, que actualmente, y desde 1973, extiende su "know how" por muchos países de Hispanoamérica.

³ Fuente: Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursz, año 2004.

1.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SEGURO EN MÉXICO.

Mientras nuestro país fue gobernado por los españoles y conocido como la Nueva España, la actividad aseguradora que aquí se desarrollaba era mínima y existía prácticamente una total ausencia de leyes sobre el particular, de hecho la única legislación vigente que regulaba en cierta medida la cuestión de los seguros eran las Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, confirmadas por el rey de España el 24 de julio de 1604, en las cuales se establecía que cuando se crearan las empresas aseguradoras sus operaciones deberían ser regidas por las Ordenanzas de Sevilla.

No fue sino hasta el año de 1789 cuando se fundó en la Nueva España la primera compañía de seguros marítimos, ubicada en la ciudad de Veracruz, y en el año de 1802 se creó otra denominada Seguros Marítimos de Nueva España, las cuales desaparecieron por liquidación debido a las condiciones adversas que se presentaron con la guerra entre España e Inglaterra.

La verdadera actividad aseguradora en México, como tal y no como la Nueva España, comenzó realmente hasta que nuestro país se independizó de los españoles en el año de 1821, creándose las Ordenanzas de México, en las que se estableció que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla, concretamente el Título 39 del Libro IX, en el que se contenía toda la reglamentación del seguro; sin embargo fueron las Ordenanzas de Bilbao las que se aplicaban de forma supletoria en la práctica, pues estas recopilaban las reglamentaciones sobre seguro que contenían las de Sevilla.

En tal virtud, las Ordenanzas de Bilbao fueron las que estuvieron vigentes en México durante el período comprendido de 1821 a 1854, cuando el entonces presidente, Antonio López de Santa Anna, expidió el primer Código de Comercio, llamado Código de Lares, en atención a su autor, en el que se reglamentaban los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos.

Durante la vigencia de este Código de Lares, se crearon dos empresas aseguradoras denominadas “La Previsora” y “La Bienhechora”, como mutualistas de incendio y de vida, siendo estas las primeras dos compañías aseguradoras constituidas en nuestro país dedicadas exclusivamente a los seguros.

Posteriormente, en el año de 1870, el Congreso Federal aprobó el Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la República de la Baja California, en el que bajo su Libro Tercero, Título XVII, Capítulo II, reguló los diversos contratos de seguro, con

excepción del marítimo, que se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones del Código de Comercio.

En la exposición de motivos del Código Civil invocado, se estableció expresamente lo siguiente: *“El seguro fundado en prudentes convenios y hábiles cálculos, somete a reglas casi ciertas las eventualidades y por medio de una contribución voluntaria y distribuida entre muchos, evita la ruina de un individuo y salva al mismo tiempo los intereses de otros ligados a los de aquél.”*⁴

El contrato de seguro se consideró de naturaleza mercantil y federal en el año de 1883, cuando se reforma el artículo 72, fracción X, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciéndose que el único órgano facultado para legislar en materia mercantil será el Congreso de la Unión, por lo que a partir de esa reforma dicha materia adquiere en México el carácter federal, y consecuentemente también el contrato de seguro se consideraba en ese contexto, pues el artículo 682 del Código de Comercio textualmente disponía: *“El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurador un comerciante o compañía comercial que entre los dos ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de él sea la indemnización de los riesgos a que están expuestas las mercancías o negociaciones comerciales.”*⁵

De lo anterior, puede verse que el Código de Comercio de 1884, preveía la posibilidad de que no todos los contratos de seguro fueran de naturaleza mercantil y, consecuentemente, de carácter federal, pues para ello era indispensable que se actualizaran los dos requisitos que menciona el artículo antes transcrito, de tal suerte que el contrato de seguro se consideraba como de naturaleza civil, siempre que no se reunieran las condiciones que exigía el citado ordenamiento comercial, siendo el ejemplo más claro de un contrato de esta naturaleza el seguro de personas.

El Código Civil de 1884, regulaba lo relativo al contrato de seguro no mercantil, dentro del Libro Tercero, Título Décimo Séptimo, Capítulo II (Arts. 2705 al 2771), contemplando como materia de los seguros al de vida, acciones y derechos, cosas raíces, y cosas muebles, excluyendo de manera definitiva a los seguros marítimos, los cuales consideraba de naturaleza puramente mercantil.

En el año de 1889, se promulgó un nuevo Código de Comercio, inspirado en los códigos español e italiano. En este ordenamiento, que por cierto entró en vigor hasta el año

⁴ Op. Cit., página 27.

⁵ Op. Cit., página 28.

de 1890, se estableció que serían mercantiles todos aquellos contratos de seguro, sin importar de que especie, siempre que se celebraran por empresas.

Cabe destacar que durante todo este tiempo, es decir, desde la independencia de México y hasta 1892, la actividad aseguradora en nuestro país no estaba controlada por el Estado, lo que quiere decir que cualquier persona podía libremente dedicarse a la actividad aseguradora sin necesidad de licencia o permiso gubernamental alguno, siendo hasta este año cuando se empezó a legislar para ello, siendo el en ese entonces Presidente de la República, el General Don Porfirio Díaz, quien expidió la primera Ley Sobre Compañías de Seguros, en la que si bien no se imponían reglas estrictas sobre el control de las operaciones, sí se establecieron ciertas medidas de control, como la obligación que se impuso a las compañías aseguradoras de publicar su situación financiera, a fin de permitir a quienes contrataban con ellas, tener garantías sobre los servicios que pretendían adquirir.

Es importante destacar que aún y cuando ya se había creado la Ley Sobre Compañías de Seguros, los particulares aún podían celebrar libremente contratos de seguro con la única limitante de que quienes desearan desempeñar la actividad aseguradora, ya sea particulares o empresas, debían acreditar ante la Secretaría de Hacienda haber cumplido los requisitos que exigía el Código de Comercio para los comerciantes, y si quien quisiera dedicarse a dicha actividad fueren extranjeros, debían tener un agente domiciliado en nuestro país que contara con facultades suficientes para representarlos ante los asegurados y las autoridades.

En 1897 se constituyó la primera Sociedad Anónima dedicada exclusivamente a la actividad aseguradora, siendo esta la empresa denominada Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S.A., conocida en la actualidad como Generali México, Compañía de Seguros, S.A.

Los seguros de vida comenzaron a implementarse en nuestro país con mayor auge en el año de 1901, fecha en que se constituyó la primera empresa especializada en seguros de vida, denominada La Nacional, Compañía de Seguros Sobre la Vida, S.A., siendo hasta el año de 1910 cuando se promulgó en México la primera ley que reglamentaba las operaciones sobre la vida, denominada Ley de Compañías de Seguro sobre la Vida.

Según el jurista Don Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores⁶, los aspectos más importantes de la citada ley eran:

- i “Que el seguro sólo podía ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o mutualistas;”

⁶ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús, *La Institución del Seguro en México*, Editorial Porrúa, Págs. 8 y 9.

- ii “Que no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de hacienda;”
- iii “Se hacía obligatoria la constitución e inversión de reservas técnicas;”
- iv “Se estableció la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo;”
- v “Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros deberían ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda;”
- vi “Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros; y”
- vii “Se estableció la organización de las compañías de seguros sobre la vida y su reglamento. Esta ley además de reconocer al seguro de vida como una de las inversiones más interesantes del ahorro nacional, contenía innovaciones substanciales, aunque sólo por lo que respecta a las compañías que operaban en este ramo.”

El control Estatal sobre la actividad aseguradora comenzó estrictamente a partir del año de 1926, en virtud de que las reservas técnicas que por ley debían constituir las empresas aseguradoras, se hacían generalmente en el país de origen de estas, lo que provocaba que a los asegurados no se les concediera ninguna garantía física sino puramente teórica. Tal control empezó a surtir plenamente sus efectos cuando en ese año se promulgó y entró en vigor la nueva Ley General de Sociedades de Seguros, en la que se ordenaba que las reservas técnicas se depositaran en el recientemente fundado Banco de México y, además, se dejó establecido que las empresas aseguradoras extranjeras estarían sujetas y sometidas exclusivamente a las leyes mexicanas y a la jurisdicción de los tribunales de la República Mexicana.

Esta ley fue la primera en establecer un procedimiento conciliatorio para solucionar las diferencias en materia de seguros, previendo la posible intervención de una junta arbitral en los casos en que no hubiera amigable composición entre las partes, y asimismo este ordenamiento legal fue el primero en disponer que la actividad aseguradora quedaba exclusivamente confiada a las empresas aseguradoras constituidas para tal fin, prohibiendo a los particulares el ejercicio de dicha actividad.

Las repercusiones por la falta de acatamiento de las nuevas disposiciones en materia de seguros, dieron lugar a la revocación de la licencia de varias empresas aseguradoras extranjeras constituidas en nuestro país, siendo la más destacable la revocación que se le hiciera a la empresa denominada “The Sun Life Assurance Company of Canada”, lo que dio origen a que el gobierno federal fundara la compañía Seguros de México, S.A.

La mexicanización de las compañías de seguros comenzó a lograrse hasta el año de 1931, cuando se reformó sustancialmente la Ley General de Sociedades de Seguros de 1926, estableciéndose como principal modificación que las empresas aseguradoras extranjeras debían organizarse conforme a las leyes mexicanas, ser administradas por mayoría de mexicanos, y que por lo menos el 55% de su capital debía ser nacional. Sin embargo, la verdadera mexicanización de la actividad aseguradora no se logró sino hasta 1935, en que se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes fundamentales para el progreso alcanzado en nuestro país en materia de seguros, a saber: la “Ley Sobre el Contrato de Seguro”, que entró en vigor el 1° de enero de 1935, y la “Ley General de Instituciones de Seguros”, que entró en vigor el 31 de agosto de ese mismo año.

La primera previó esencialmente las normas para la interpretación y adecuada aplicación del contrato de seguro; consagró reglas y principios básicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo; el de exclusión de cobertura de ciertos riesgos técnicamente no asegurables; las consecuencias de la mora por parte del asegurado en el pago de las primas; así como el carácter imperativo de sus disposiciones, entre otros. En este ordenamiento se excluyó al contrato de seguro marítimo, estableciéndose que el mismo se seguiría rigiendo por lo previsto en el Código de Comercio, al cual le sería aplicable esta ley únicamente en forma supletoria.

La segunda estableció esencialmente el control y la vigilancia de las instituciones de seguros por parte de la Secretaría de Hacienda, a través de sus oficinas de seguros y fianzas y de la recién creada (1946) Comisión Nacional de Seguros; sentó las bases para la organización y funcionamiento de las compañías aseguradoras, dividiéndolas en dos clases, a saber: 1) las nacionales, que eran las conformadas en su mayoría por capital del Estado, y 2) las mexicanas, que eran las constituidas con capital privado; clasificó a los seguros en tres grandes ramos, siendo estos: I.- Vida; II.- Accidentes y Enfermedades; y III.- Daños a la propiedad; crea mejores y mayores reglas para la constitución de reservas técnicas para protección de los intereses de los asegurados; y prohíbe la práctica de operaciones o actividades propias de las compañías de seguros a toda persona que no tuviera autorización de la Secretaría de Hacienda para operar como tal.

El 29 de diciembre de 1970, desaparece la Comisión Nacional de Seguros, transfiriendo sus funciones de inspección y vigilancia de las operaciones de las instituciones de seguros a la Comisión Nacional Bancaria, cambiando ésta su denominación a la de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

De las investigaciones realizadas, considero que el período más destacado en cuanto a la labor legislativa en materia de seguros fue el del año 1981, en el que se expidieron

múltiples reformas, acuerdos presidenciales y reglamentos relacionados con distintas leyes del ramo, tales como las modificaciones adicionales que se hicieron a la Ley General de Instituciones de Seguros, las cuales entraron en vigor el 7 de enero de 1981; la promulgación de la Ley del Seguro Agropecuario de Vida Campesino, que entró en vigor el 1° de enero de 1981; el Acuerdo Presidencial del 15 de mayo de 1981, que ratifica la contratación de los seguros por parte de todos los organismos públicos con Aseguradora Mexicana, S.A. y Aseguradora Hidalgo, S.A.; el Reglamento de Agentes de Seguros, publicado el 24 de septiembre de 1981; y el Reglamento de la Ley del Seguro Agropecuario de Vida Campesino, promulgado en 1981, pero que entró en vigor hasta el año siguiente.

Importantísima reforma que se realizó en beneficio de los asegurados, fue la contemplada en el decreto del 27 de diciembre de 1983 y que se hiciera al artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros, en el que se estableció que los productos de las inversiones que se hicieren con motivo de la constitución de las reservas técnicas derivadas de las reclamaciones, quedaran siempre en beneficio de los reclamantes para el caso de que el cobro resultara procedente. Con dicha medida se compensaba de alguna manera la pérdida sufrida por el asegurado o reclamante por la duración del juicio respectivo.

Otra importante reforma contenida en dicho decreto, fue la que imponía la obligación a las compañías aseguradoras de producir su informe de contestación a las reclamaciones dentro de un plazo perentorio, bajo pena de ser sancionadas con fuertes multas.

En el año de 1985 se promulgó un nuevo decreto de gran importancia en la materia de seguros, pues a través de este se reformó el artículo 127 de la Ley de Vías Generales de Comunicación, imponiendo a los prestadores de servicio público de transporte la obligación de proteger a los viajeros y a sus pertenencias cuando utilicen sus servicios. A través de esta reforma no se obligaba al transportista a contratar un seguro para tal fin, pues se le dejó abierta la posibilidad de que solventara los daños o pérdidas que sufrieran sus usuarios o las pertenencias de estos de la forma que más le conviniera, sin embargo, en la práctica los transportistas optaron por satisfacer esta obligación a través de la contratación de seguros contra daños y responsabilidad civil.

La vigente Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se promulgó mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1990, y desde entonces ha sufrido varias reformas, pero sin cambiar hasta la fecha su denominación.

A través de este nuevo ordenamiento legal se dividieron las funciones de la en ese entonces Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en dos organismos desconcentrados de

la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, denominados Comisión Nacional Bancaria y Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros⁷, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene dentro de sus funciones principales, entre otras, las siguientes:

- i La inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de las sociedades mutualistas y de las afianzadoras;
- ii Fungir como órgano de consulta en materia de seguros y fianzas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- iii Imponer multas por las infracciones a las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros; y
- iv Elaborar los estudios que le sean encomendados y coadyuvar con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos.

Como ya todos sabemos, el 7 de octubre de 1992, se firmó en la ciudad de San Antonio, Texas, en los Estados Unidos de Norte América, el Tratado Trilateral de Libre Comercio, mejor conocido como el “Tratado de Libre Comercio”, en el que intervinieron Canadá, Estados Unidos de Norte América y México.

El objetivo principal de dicho tratado consistió, en términos generales, en eliminar las barreras del comercio e incrementar las oportunidades de inversión, promoviendo condiciones para una competencia justa entre los países participantes, respetando siempre los derechos de propiedad intelectual.

Obviamente el sector financiero fue blanco indiscutible de dicho tratado, en el que se establece un enfoque integral sustentado en principios sobre las disposiciones gubernamentales de cada país que regulan la protección de dichos servicios, dejando a cada uno de los que intervinieron en su celebración el definir sus compromisos específicos de liberación, los periodos de transición para apegarse a los principios acordados en el tratado y algunas reservas a dichos principios.

⁷ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Ed. Ediciones fiscales ISEF, enero 2001.

En lo que respecta al trato que se dará al sector asegurador, se estableció que las compañías de seguros de Canadá y Estados Unidos podrán tener acceso al mercado mexicano, de la siguiente manera⁸:

- i Las compañías asociadas con aseguradoras mexicanas, podrán incrementar en forma gradual su participación accionaria en la sociedad en conversión, de 30% en 1994, a 51% en 1998, y hasta alcanzar el 100% en el 2000.
- ii Las aseguradoras de Canadá y Estados Unidos podrán constituir filiales sujetas a un límite agregado del 6% de participación máxima en el mercado, la cual aumentará paulatinamente hasta 12% al termino de 1999.
- iii De manera adicional, las empresas de dichos países extranjeros que se encuentren asociadas con aseguradoras mexicanas, podrán incrementar su participación accionaria hasta un 100% a partir del 1° de enero de 1996.
- iv A la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (1° de enero de 1994), las sociedades prestadoras de servicios auxiliares y de intermediación en seguros, podrán establecer filiales sin límite de participación.

Retomando a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, es preciso mencionar que unas de las principales reformas que ha sufrido desde su promulgación y hasta la fecha, han sido las dadas a conocer mediante los decretos publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 14 de julio de 1993, 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999.

En el primero de los mencionados decretos (el del 14 de julio de 1993), destacan las siguientes reformas:

- i Se amplió la regulación relativa al trámite de los juicios arbitrales seguidos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para el caso de que no se llegara a una amigable composición entre las partes en el procedimiento conciliatorio;
- ii Se permitía que las compañías aseguradoras pudieran constituirse como sociedades de capital fijo o variable, pero siempre con la obligación de mantener un capital mínimo para cada una de las operaciones y ramos que les hubieren sido autorizados;
- iii Se cambiaron y agregaron mayores sanciones para el caso de incumplimiento de las disposiciones de esta ley.

⁸ Minzoni Consorti, Antonio. Op. Cit. Pág. 152.

Las reformas más destacadas del segundo de los decretos antes mencionados (el del 3 de enero de 1997), fueron:

- i La de la autorización conferida a las instituciones de seguros para invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro;
- ii La creación de los artículos 52 bis y 52 bis-1, relativos a la constitución de reservas técnicas para los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, y la constitución de fondos, a través de fideicomiso, para apoyar al adecuado funcionamiento de los citados seguros de pensiones, respectivamente;
- iii La modificación y derogación de algunos párrafos del artículo 135 de la ley, en lo que respecta al procedimiento conciliatorio;
- iv Se creó el artículo 135 bis, que regula lo relativo a las sanciones y procedimientos a seguir para el caso de que las instituciones de seguros no cumplan con las obligaciones a su cargo una vez que les sea exigible el pago de la indemnización al asegurado o beneficiario.

Dentro de las reformas más importantes que contiene el decreto publicado el 31 de diciembre de 1999, se encuentran:

- i La de conferir a la ley el carácter de interés público;
- ii Excluir a los funcionarios públicos de participar en las compañías aseguradoras;
- iii Se modifica el artículo 23, estableciendo que la intermediación de contratos de seguro que no tengan el carácter de adhesión, quedarán reservados exclusivamente a los agentes de seguros.

Importante mención merece el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 18 de enero de 1999, porque a través de este se da a conocer la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, conforme a la cual, con fecha 5 de enero del 2000, se crea la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), cuyos fines, según el propio texto de los artículos 4º y 5º de la ley en cita, son:

- i Promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras;
- ii Arbitrar de manera imparcial las diferencias que surjan entre los usuarios y las instituciones financieras;
- iii Proveer la equidad en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras;
- iv Otorgar a las instituciones financieras elementos que les sirvan para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con sus clientes.

Desde el momento de creación de la CONDUSEF, todos los procedimientos conciliatorios y los juicios arbitrales en caso de desacuerdo entre el asegurado y la institución aseguradora en el trámite conciliatorio, deben y son atendidos exclusivamente por dicho organismo público. A este respecto me referiré en forma mucho más detallada y precisa en un capítulo específico más adelante.

Luego entonces, el régimen corporativo, financiero, contable y de vigilancia y fiscalización de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros está contenido, de modo principal, en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y de algún modo en otras importantes legislaciones como la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, circulares y disposiciones diversas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como en las leyes y reglamentos para seguros específicos, como el marítimo, entre otros.

Actualmente la mercantilidad del contrato de seguro ha quedado establecida en definitiva en el artículo 75, fracción XVI, del Código de Comercio, cuyo texto es del tenor literal siguiente:

"Art. 75.- La ley reputa actos de comercio: . . . XVI.- Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas."

De lo expuesto a lo largo de este apartado, podemos decir que el seguro en nuestro país se ha modernizado a tal grado que se ha transformado en un complejo sistema, más competitivo en función de las necesidades del usuario, adaptándose a las tendencias internacionales de la materia. Gracias al avance y desarrollo de la actividad aseguradora en

México, durante el período comprendido entre 1990 y 1998, el número de compañías de seguros aumentó de 43 a 65 en nuestro país, y actualmente operan 67 instituciones en el mercado, de las cuales 41 tienen participación extranjera y 26 operan con capital cien por ciento mexicano⁹, lo que demuestra sin lugar a dudas que con el paso de los años México ha ido creando para sí un marco regulatorio cada vez mejor en materia de seguros, sin embargo, estoy cierto de que todavía falta mucho para que se logre alcanzar una verdadera seguridad en este ámbito, tanto para los asegurados como para las compañías aseguradoras.

⁹ Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, año 2004.

CAPÍTULO SEGUNDO

EL CONTRATO DE SEGURO.

2.1.- CONCEPTO.

Para entender mejor el concepto de “contrato de seguro”, es importante conocer primero el significado de la palabra “contrato”, en latín *contractus*, que deriva del verbo *contahere*, que significa reunir, lograr y concertar.

Se le ha definido al “contrato”, como a un acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas, que pueden ser la creación o transmisión de derechos y obligaciones, debido al reconocimiento de una norma de derecho.¹⁰

El artículo 1793 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, establece que: *“Los convenios que producen o transfieren las obligaciones y derechos toman el nombre de contratos.”*¹¹

Ahora bien, por lo que respecta al concepto de “Contrato de Seguro”, diversos tratadistas han establecido nociones acerca de lo que entienden por este, a saber:

Hémard, sostiene que: *“El seguro es una operación por la cual una parte, el asegurador, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por otra parte, el asegurador, quien tomando a su cargo un conjunto de riesgos los compensa conforme a las leyes de la estadística.”*¹²

El autor Garrigues señala que: *“El seguro es un producto del riesgo. Todo riesgo engendra una preocupación y un deseo de seguridad. La finalidad del seguro consiste en dar seguridad contra el riesgo. Pero esta seguridad no puede alcanzarse por la supresión directa del acaecimiento temido (fuego, granizo, enfermedad, accidente, muerte, etc.), sino tan solo por la certeza de que al sobrevenir la situación temida tendremos a nuestra disposición un valor económico que la compense. Este valor seguro que se espera, sustituye al valor cuya*

¹⁰ Enciclopedia Jurídica Mexicana del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Tomo II, Ed. Porrúa, México, 2002, Págs. 551 y 552.

¹¹ Cita artículo 1793 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, Editorial Greca, 5ª edición, 1998, México, Pág. 156.

¹² Don Luis Ruiz Rueda, *El Contrato de Seguro*, Pág. 49.

pérdida se teme; por eso se llama valor de sustitución o reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; esta es la esencia de la institución."¹³

Antigono Donati, considera que el seguro es: *"El negocio en el que el asegurador, contra el pago u obligación del pago de una prima, se obliga a resarcir al asegurado de las consecuencias de un hecho dañoso incierto, siempre dentro de los límites convenidos."*¹⁴

El tratadista italiano, Brunetti, considera que: *"El contrato de seguro es un contrato bilateral, autónomo, a título oneroso, por el que una sociedad de seguros, debidamente autorizada para el ejercicio de una empresa, asume, contra el precio de una prima, el riesgo de proporcionar al asegurado una prestación determinada, en capital o renta, para el caso de que en el futuro se produzca un evento determinado contemplado en el contrato."*¹⁵

Definiciones similares encontramos en distintas fuentes, como la página de internet de JV Seguros, S.A.¹⁶, de Colombia, en la que señala que:

"Es un contrato por el que una persona (asegurador) se obliga, a cambio de una prestación pecuniaria (prima), a indemnizar a otra (asegurado), dentro de límites convenidos, los daños sufridos por la realización de un evento incierto."

En lo personal, considero que la mejor forma de definir al contrato de seguro, es atender a lo que nuestra legislación en materia de seguros establece, siendo el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el que nos señala lo que es un contrato de esta clase, al disponer que:

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

Según el Licenciado Arturo Díaz Bravo, en su libro denominado "Contratos Mercantiles", la noción prevista en el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no

¹³ Garriguez, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, Tomo II, México, Editorial Porrúa, 1987, Pág. 247.

¹⁴ Citado por María Itzigsohn Fischeun, en su obra *Seguros*, dentro de la Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo XXV, pág 321.

¹⁵ Idem

¹⁶ Fuente: www.jvseguros.tripod.com.ve/s/, Junio de 2004.

está exenta de reproche, pues el empleo de la preposición “mediante”, que equivale a la expresión por medio de, parece indicar que la obligación de la empresa aseguradora sólo surge una vez que se le ha pagado la prima, lo que es inexacto, pues señala que tal obligación se perfecciona, conforme a la ley mexicana, por el mero consentimiento verbal.¹⁷

Considero que la definición que da el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no es inexacta, porque si bien este acuerdo de voluntades se perfecciona con el mero consentimiento, no menos cierto es que de la transcripción que hice en líneas arriba de dicho numeral no se desprende lo contrario, como inexactamente lo considera el Licenciado Arturo Díaz Bravo, siendo pertinente hacer notar que, en la práctica, la obligación de la compañía aseguradora de indemnizar al asegurado o beneficiario de la póliza, es exigible siempre y cuando el asegurado hubiere cumplido con su obligación del pago de la prima respectiva, ya que el artículo 1949 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, en su primer párrafo establece que: “*La facultad de resolver las obligaciones se entiende implícito en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliere con lo que le incumbe.*”, lo cual quiere decir que nadie puede exigir de su contrario el cumplimiento de determinada obligación si antes no ha cumplido con la obligación recíproca que le corresponde, de modo tal que si el asegurado no cumple con el pago de la prima, evidentemente no puede exigir que su contraparte (la compañía aseguradora), cumpla con el pago de la indemnización, pues el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro es claro en cuanto a que la aseguradora se obliga al pago de la indemnización mediante el pago por parte del asegurado de una prima, y si éste no cumple con esa obligación, la compañía aseguradora puede rescindir el contrato y quedar liberada de su obligación recíproca.

Ilustra lo anterior la ejecutoria que se transcribe a continuación:

Séptima Época

Instancia: Tercera Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Tomo: 115-120 Cuarta Parte

Página: 97

OBLIGACIONES RECÍPROCAS. CUMPLIMIENTO DE CONVENIOS. REQUISITOS PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN. *Conforme a lo dispuesto por el artículo 1949 del Código Civil Federal, aplicado supletoriamente al de Comercio, en términos del artículo 2o. de este último ordenamiento: "La facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para*

¹⁷ Citado por el jurista Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores en su obra La Institución del Seguro en México, Editorial Porrúa, Pág. 77.

el caso de que uno de los obligados no cumpliere lo que le incumbe. El perjudicado podrá escoger entre exigir el cumplimiento o la resolución de la obligación, con el resarcimiento de daños y perjuicios en ambos casos. También podrá pedir la resolución aún después de haber optado por el cumplimiento, cuando éste resultare imposible". Consecuentemente, si la sociedad enjuiciante reclama el cumplimiento de los convenios de reconocimiento de adeudo y plan de pagos celebrados con los demandados, en términos del precepto citado con anterioridad y dado el planteamiento de la demanda, debió, por una parte, sostener que había cumplido su obligación, consistente en hacer ciertos suministros a uno de los demandados y, posteriormente, acreditar los extremos en cuestión y, por la otra, manifestar la causa por la cual, en su concepto, la enjuiciada no había cumplido con su obligación, bien fuera que se negara a recibir la materia prima, o a pagar el precio y sobreprecio convenidos y no concretarse a reclamar lo relativo al pago de determinadas cantidades, puesto que, del cumplimiento de la obligación asumida por el actor, dependía estrechamente el de su contraparte, si de las actuaciones judiciales y del aludido convenio, se advierte que el demandado se obligó a adquirir del actor los suministros, con un sobreprecio, el cual se destinaria a cubrir el adeudo del demandado, por lo que si el actor no cumplía con su obligación consistente en el suministro, el deudor tampoco tenía por qué hacer el pago del precio y sobreprecio pactado, toda vez que dicho pago quedó sujeto a la condición de que le suministrara.

Amparo directo 3256/73. Molino Los Cantabros, S.A. 14 de agosto de 1978. Cinco votos. Ponente: Salvador Mondragón Guerra. Secretario: Eduardo Lara Díaz.

Nota: En el Informe de 1978, la tesis aparece bajo el rubro "CUMPLIMIENTO DE CONVENIO. REQUISITOS PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCION (LEGISLACION DEL ESTADO DE CHIHUAHUA)".¹⁸

El único caso en el que la aseguradora está obligada al pago de la indemnización aún cuando el asegurado no hubiere cubierto el precio de la prima, se da en los contratos de seguro en los que se hubiere acordado que la prima se pagaría en parcialidades, ya que el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro concede a los asegurados un plazo de 30 días para efectuar los pagos respectivos, y sólo después de transcurrido dicho plazo sin que la compañía aseguradora hubiere recibido el pago de la parcialidad de que se trate, podrá rescindir el contrato.

¹⁸ CDR IUS 2003, CD-2, del Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación.

2.2.- CLASIFICACIÓN JURÍDICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Muy diversos son los criterios para clasificar a los contratos. Nuestra legislación tiene su propia regulación al respecto y, por otro lado, la doctrina enumera algunas otras características.

El Código Civil¹⁹, por ejemplo, divide a los contratos en unilaterales o bilaterales; en onerosos o gratuitos, cuando son onerosos los subdivide a su vez en conmutativos o aleatorios. El artículo 1835 del citado ordenamiento legal establece que “...*el contrato es unilateral cuando una sola de las partes se obliga hacia la otra sin que ésta quede obligada...*”; por su parte, el artículo 1836 define a los contratos bilaterales como aquellos en los que “...*las partes se obligan recíprocamente...*”. El código sustantivo, en su artículo 1837, dispone que los contratos serán onerosos cuando en ellos “...*se estipulan provechos y gravámenes recíprocos...*” y gratuito “...*aquél en que el provecho es solamente de una de las partes...*”, y el artículo 1838 establece que “...*el contrato oneroso es conmutativo cuando las prestaciones que se deben las partes son ciertas desde que se celebra el contrato, de tal suerte que ellas pueden apreciar inmediatamente el beneficio o la pérdida que les cause éste. Es aleatorio, cuando la prestación debida depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la evaluación de la ganancia o pérdida, sino hasta que ese acontecimiento se realice...*”.

La doctrina contempla otras clasificaciones, como la de los contratos nominados e innominados o atípicos; consensuales en oposición a formales; consensuales en oposición a reales, civiles o mercantiles, y de dar, hacer o no hacer.

Los contratos nominados son aquellos que se encuentran expresamente estructurados en las leyes, como el contrato de compraventa, el de apertura de crédito, etc.; los innominados o atípicos son aquellos que no están especialmente reglamentados en las leyes, sino que se rigen por las reglas generales de los contratos, por las estipulaciones de las partes y, en su defecto y en caso de omisión, por las disposiciones del contrato con el que tengan más analogía de los reglamentados, como lo es el de franquicia.

Los contratos consensuales en oposición a formales, son aquellos que no requieren de formalidades para su validez, sino que el mero consentimiento de las partes los perfeccionan, tal es el caso del contrato de comodato o el mismo contrato de seguro que estudiamos. Los contratos formales son aquellos a los que la ley exige determinada forma para su validez, como acontece con el contrato de hipoteca, que necesariamente debe estar consignado en escritura pública, o el de crédito refaccionario celebrado con instituciones de

¹⁹ Código Civil para el Distrito Federal, Editorial Sista, Abril del 2001.

crédito, el cual debe constar en contrato privado, que cumpla con ciertos requisitos, o bien en póliza ante corredor o en escritura pública ante notario.

Los contratos consensuales en oposición a reales, son aquellos que no requieren de la entrega de la cosa para su perfeccionamiento, aunque tal entrega pueda ser objeto de una obligación nacida del propio contrato, como puede ser la compraventa, que se perfecciona una vez que las partes se hayan puesto de acuerdo en cuanto a precio y forma de entregar la cosa; y los reales, son aquellos que se perfeccionan con la entrega de la cosa, como es el caso de la prenda.

Son contratos mercantiles aquellos que, a diferencia de los civiles, su objeto constituye uno de los actos de comercio mencionados en el artículo 75 del Código de Comercio²⁰, como lo es precisamente el contrato de seguro, pues el citado numeral, en su fracción XVI, establece que se reputan actos de comercio: “*Los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas*”. Es sumamente importante para efectos procesales la distinción de contratos civiles con los mercantiles, ya que de ello depende cien por ciento la vía procesal a ejercitarse y, en algunos Estados de la República, como el de Jalisco, hasta para definir la competencia, ya que en dicha entidad federativa existen los Juzgados Mercantiles, a diferencia del Distrito Federal, en el que los asuntos civiles o mercantiles los conoce un Juez en Materia Civil, sean de Cuantía Mayor o de Paz.

Los contratos de dar, de hacer o de no hacer, se clasifican de esa manera, según la doctrina, atendiendo a su objeto, de tal suerte que los primeros están regulados por el artículo 2011 del Código Civil para el Distrito Federal en materia Común y para toda la República en Materia Federal, y los otros dos por los artículos 2027 y 2028 del mismo ordenamiento legal, respectivamente.

El jurista Ramón Sánchez Medal, en su obra titulada “*De los Contratos Civiles*”²¹, hace una clasificación de los contratos a la que denomina “didáctica”, como sigue:

- i Contratos traslativos de dominio, en la que encuadra a la compraventa, permuta, donación y mutuo;
- ii Contratos traslativos de uso y disfrute, en los que enumera al arrendamiento y el comodato;
- iii Contratos de prestación de servicios o de gestión, en los que menciona al de prestación de servicios profesionales, al de obra a precio alzado, transporte y mandato;

²⁰ Código de Comercio, Greca Editores, Primera edición, 1996.

²¹ Sánchez Medal Ramón, *De los Contratos Civiles*, Ed. Porrúa. México.

- iv Contratos asociativos o de gestión colectiva, dentro de los que menciona a la asociación civil, sociedad civil, aparcería, sociedad conyugal;
- v Contratos de custodia, en los que contempla al depósito, incluyendo al secuestro; y el hospedaje;
- vi Contratos aleatorios o de suerte, como el de juego y apuesta, renta vitalicia, y la compra de esperanza;
- vii Contratos de garantía, dentro de los que contempla a la fianza, la prenda, hipoteca y promesa;
- viii Contratos de afirmación y esclarecimiento de derechos, en los que encuadra a la transacción y el compromiso arbitral.

Para el desarrollo de este tema de tesis atenderé a la clasificación general de los contratos que dan los juristas Don Omar Olvera de Luna y Don Luis Ruiz Rueda, en sus libros titulados “*La Institución del Seguro en México*” y “*El Contrato de Seguro*”, respectivamente, quienes considerando las diversas clasificaciones antes mencionadas coinciden en clasificar al contrato de seguro en: nominado; de adhesión; oneroso; aleatorio; consensual en oposición a formal; bilateral; de buena fe; de tracto sucesivo; de masas; de empresa; mercantil; de garantía; y principal.

2.2.a.- NOMINADO.

Le otorgan esta clasificación al contrato de seguro, pues está reconocido como tal en nuestra legislación, incluso es el único contrato que posee una normatividad exclusiva en el Derecho Mexicano, a saber: “la Ley Sobre el Contrato de Seguro”.

Aunado a lo anterior, es importante conocer el criterio establecido al respecto por nuestro Máximo Tribunal:

PRESCRIPCIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO. NO ES APLICABLE EL ARTÍCULO 1047 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SINO EL DIVERSO 81 DE LA LEY QUE LO RIGE.- En materia de prescripción sobre el contrato de seguro no es aplicable el artículo 1047 del Código de Comercio, el cual establece que la prescripción ordinaria se completará por el transcurso de diez

años, sino el diverso 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el que establece que todas las acciones que se deriven de un contrato regulado en ese ordenamiento legal, prescribirán en dos años contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dé origen, por lo que la primera norma que es general no puede ser supletoria de la señalada en segundo término que es especial, toda vez que esta última tiene perfectamente bien definida dicha figura jurídica, máxime que su aplicación es de carácter imperativo de conformidad con lo dispuesto por el artículo 193 de la misma ley

Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XIV - Agosto. Tesis: 1. 62 C. 145 C. Página: 646

2.2.b.- DE ADHESIÓN.

Lo clasifican como un contrato de adhesión, pues una de las partes, el asegurador, fija y determina las condiciones generales del contrato, previamente aprobados por el organismo gubernamental al que se encomienda el control, supervisión y vigilancia de las actividades de las aseguradoras, a saber: la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y la otra parte, el asegurado, se limita a aceptarlas, modificarlas mediante endosos o a rechazarlas.

A este respecto la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros²², en su artículo 36-B, establece:

"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 elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los referidos contratos de adhesión deberán ser escritos en idioma español y con caracteres legibles a simple vista para una persona de visión normal.

La institución de seguros que solicite el registro de un contrato de adhesión, deberá manifestar expresamente a qué nota técnica estará relacionada la operación del mismo.

²² Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

La citada Comisión registrará los contratos señalados y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones in equitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.

La citada Comisión, dentro de un plazo de 30 días siguientes a la recepción de la documentación correspondiente, podrá negar el registro señalado cuando a su juicio, los contratos y documentos no se apeguen a lo dispuesto en este artículo y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. De no hacerlo así, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

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 refiere este artículo es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquellos."

2.2.c.- ONEROSO.

Lo clasifican como un contrato oneroso, porque cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra que ha de realizar.

Al respecto, la primera parte del artículo 1837 del Código Civil para el Distrito Federal²³, estatuye que: *"Es contrato oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos;..."*.

Se ha establecido que el contrato de seguro es conmutativo en cuanto a las prestaciones a cumplir por las partes y aleatorio en cuanto a la realización del riesgo y su eventual compensación. Luego entonces, el contrato de seguro presenta una dualidad en cuanto a las prestaciones a que se obligan las partes, pues es conmutativo a la vez que aleatorio, y a este respecto me permito insertar a continuación el contenido íntegro del artículo 1838 del Código Civil para el Distrito Federal²⁴, como sigue:

"Artículo 1838.- El contrato oneroso es conmutativo cuando las prestaciones que se deben las partes, son ciertas desde que se celebra el contrato, de tal suerte que

²³ Código Civil para el Distrito Federal, Editorial Sista. Abril del 2001.

²⁴ Idem.

ellas pueden apreciar inmediatamente el beneficio o la pérdida que les cause éste. Es aleatorio cuando la prestación debida depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la evaluación de la ganancia o pérdida, sino hasta que ese acontecimiento se realice."

2.2.d.- ALEATORIO.

Lo clasifican como aleatorio, pues mediante el mismo las partes contratantes pactan expresamente la posibilidad de una ganancia o se garantizan contra la posibilidad de una pérdida, según sea el resultado de un acontecimiento de carácter fortuito. El asegurador no sabe cuál o cuáles de los riesgos asumidos por él devendrán o no en siniestro.

La prestación a cargo del asegurador, se determina y nace hasta la protección del riesgo y puede decirse que implica una pérdida para éste y una ganancia para el beneficiario, empero, para el tratadista Don Luis Ruiz Rueda, se ha discutido si el seguro debe ser clasificado como conmutativo o aleatorio, dado que la organización económica y la moderna técnica aseguradora excluyen la idea del aleatorio y reemplazan este concepto por el de probabilidad, que es matemática y técnicamente determinable, pues se apoya en la ciencia estadística y en la experiencia.

Las reservas para los riesgos en curso (reserva matemática o reserva técnica, según se trate de seguros de vida o de seguros patrimoniales), están fundadas en esos principios. El asegurador sabe cuantitativamente o relativamente cuántos siniestros podrán ocurrir en el curso de un ejercicio, lo que no sabe es cuáles riesgos o cuáles contratos se verán afectados.

De acuerdo con lo anterior, la base técnica indiscutible de toda operación de seguro, suprime la aleatoriedad de la empresa de seguros en general, pero deja intacta la aleatoriedad de cada contrato en particular, según la doctrina general.

Al respecto la Suprema Corte de Justicia ha emitido el siguiente criterio:

SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.- El contrato de seguro, siendo un contrato aleatorio, pues depende de un hecho incierto o contingente que entraña azar e implica el posible pago de beneficios que se encuentren completamente fuera de proporción con las primas pagadas, requiere, en su celebración, de la buena fe del solicitante; porque las declaraciones de éste serán la base para el

contrato, según dispone el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y lo confirma su artículo 47, al decir que cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Sin embargo, la obligación que la ley impone al solicitante, de obrar con buena fe al declarar por escrito los hechos que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, como lo dice el artículo 82 del citado ordenamiento, tiene una doble limitación, expresada en dicho precepto, consistente en que los hechos deben ser declarados por el solicitante "de acuerdo con el cuestionario relativo" y que sean "importantes para la apreciación del riesgo o que puedan influir en las condiciones convenidas". Lo cual significa que las aseguradoras deben actuar con buena fe, también, procurando que sus cuestionarios no contengan preguntas insidiosas; entendiéndose por tales, no solamente las que se dirigen a ofuscar la inteligencia del que ha de responder, con objeto de inducirlo a error y obtener una confesión contraria a la verdad; sino también aquellas que impliquen un hecho que ninguna relación tiene con lo que es materia del cuestionario respectivo o que impliquen un hecho complejo, compuesto de dos o más hechos ajenos al cuestionario, y que se formulan no con el fin de obtener la verdad que se busca, sino con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración, al solicitante. Esto en atención a que, por regla general, los cuestionarios de las compañías aseguradoras se refieren a hechos propios del solicitante, y por lo tanto, las preguntas, como las contestaciones, deben regirse, en su apreciación por los tribunales, en caso de conflicto, conforme a las reglas de la confesión.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Séptima Época. Instancia: Tercera Sala. Tomo: 71 Cuarta Parte. Página: 41.

Amparo directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S. A 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Ernesto Solís López.

2.2.e.- CONSENSUAL EN OPOSICIÓN A FORMAL.

Lo clasifican como un contrato consensual por cuanto se establece por el mero consentimiento de las partes, ya que para su perfeccionamiento es suficiente la recíproca expresión de la voluntad de los sujetos. La Ley Sobre el Contrato de Seguro sólo exige la

forma escrita como medio de prueba, la cual puede suplirse exclusivamente por la confesión, sin embargo su perfeccionamiento no se condiciona a la entrega de la póliza o al pago de la prima, y prohíbe convertir este contrato convencionalmente en formal o real, de conformidad con lo establecido por los artículos 19 y 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Al respecto, la Ley Sobre el Contrato de Seguro²⁵ establece:

"Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para demostrar su existencia."

"Artículo 20.- La empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes....."

"Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

Sobre el particular, el autor Díaz Bravo ha establecido que: *"...la legislación mexicana es de las pocas que conservan el seguro como contrato consensual, pues se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, y si bien tal consensualidad resulta grandemente contrarrestada por la circunstancia de que, fuera de la póliza, ninguna otra prueba salvo la confesional es admitida para probar su existencia..."*²⁶

En atención a esta característica del contrato de seguro, la Suprema Corte de Justicia y Tribunales Colegiados de Circuito de la Nación, han sostenido los siguientes criterios:

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 con relación al objeto, cosa, precio hecho o no entrega de la póliza correspondiente al asegurado ni que éste haya cubierto a aquella el importe de la prima; sin embargo, si el asegurado no cubre a la aseguradora la

²⁵ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

²⁶ Arturo Díaz Bravo, "Seguro", Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México. Ed. Porrúa, Pág. 2887.

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.

Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario judicial de la Federación. Tomo: IX junio. Página: 426.

CONTRATO DE SEGURO, PERFECCIONAMIENTO DEL.- *Según el artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación del aseguramiento de que se trata; por tanto, si de acuerdo con lo convenido con el agente de seguros, el proponente pagó la prima del seguro respectivo con dos cheques, que la aseguradora en su contestación de demanda reconoció que los recibió y cobró; es evidente que tales hechos acreditan que la empresa aceptó la propuesta del aseguramiento*

Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario judicial de la Federación. Tomo: VIII - Agosto. Página: 167.

2.2.f.- BILATERAL O SINALAGMÁTICO PERFECTO.

Lo clasifican de esta forma, pues crea obligaciones recíprocas a cargo de las partes, es decir, se obligan recíprocamente la una hacia la otra.

En efecto, según se desprende del artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, con la celebración de este acuerdo de voluntades se imponen derechos y obligaciones recíprocas a las partes contratantes, como son, por un lado, 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 el otro, la que recae al asegurado o tomador del seguro consistente en pagar a aquella la prima correspondiente.

Por lo que respecta a esta nota característica de la bilateralidad del contrato de seguro, es necesario conocer los criterios siguientes:

CONTRATO DE SEGURO. SU EXISTENCIA NO ESTÁ SUPEDITADA AL PAGO DE LA PRIMA-Del texto de los artículos 1º, 19, 20 y 21, fracciones I y II, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se infiere que no es indispensable que la prima sea pagada para que el contrato exista, sino solamente que se cumplan los requisitos establecidos en el tercero de los preceptos en cita que son los que permiten conocer cuál fue la verdadera voluntad de las partes; por lo que, desde que éstos quedan satisfechos, a partir de entonces el contrato obliga a las partes de acuerdo con lo señalado por el artículo 1796 del Código Civil, aplicado supletoriamente a la referida ley, en el sentido de que los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Pero debe puntualizarse que una cosa es la existencia del contrato y otra distinta su cumplimiento; de tal modo que, al generar derechos y obligaciones recíprocos, entonces, de acuerdo con el artículo 1949 del Código Civil que dispone que la facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas para el caso de que uno de los obligados no cumpliera lo que le incumbe, si el asegurado reclama de la aseguradora el pago del monto de la garantía, es necesario que demuestre primero haber cumplido con la obligación que era a su cargo, o sea, que pagó el importe estipulado por la prima, salvo en el caso de excepción previsto en los artículos 40 en relación con el 35, ambos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Novena Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I.1o.C.2 C. Página: 489.

2.2.g.- DE BUENA FE.

Ambos tratadistas consideran que la buena fe es un principio básico y característico de todos los contratos de seguro, que obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honradez, obligando al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga una completa información que le permita decidir sobre su denegación o aceptación y, en este último caso, aplicar la prima correcta.

El fundamento de esta buena fe, de acuerdo al principio general de Derecho moderno, se encuentra previsto en los artículos 1796 y 1813 del Código Civil del Distrito Federal²⁷, que establecen:

²⁷ Código Civil para el Distrito Federal, Editorial Sista, Abril del 2001.

"Artículo 1796.-Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Desde que se perfeccionan, obligan a los contratantes no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley."

"Artículo 1813.-El error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa."

Por lo que se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro²⁸, los artículos 47 y 77 establecen:

"Artículo 47.-Cualquier 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."

"Artículo 77.-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."

Este principio admite excepción como la establecida en el artículo 80 de la citada Ley sobre el Contrato de Seguro, al preceptuar que, *".....la empresa responderá aun en caso de siniestro voluntario siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad"*.

El autor Halperin ha establecido que: *"El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado o condiciones del objeto de la contraprestación queda, generalmente, librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad por parte del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo. Por eso, esas informaciones deben ser lo más*

²⁸ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

*completas posibles, para que el asegurador pueda apreciar y clasificar el riesgo, esta información no es una declaración de voluntad, sino una declaración de conocimiento: su fin es aportar ese conocimiento al asegurador. De ahí que sólo tenga importancia la verdad o falsedad de la información, y no pueda impugnarse por la existencia de vicios de la voluntad, pero sí importa su ignorancia excusable de los hechos o circunstancias sobre los cuales debe informar y, por ende, su culpa en no conocer".*²⁹

El tratadista español De los Mozos expresa su opinión acerca del significado de esta nota subjetiva que debe existir a cargo de las partes en todos los contratos: *"La buena fe consiste en la ausencia de espíritu lesivo, en el comportamiento o creencia en que radique, del que podemos derivar, tanto la creencia de no realizar una injusticia, como la de obrar conforme a la justicia".*³⁰

Asimismo el tratadista Ruiz Rueda ha manifestado que: *"Para aceptar la propuesta y perfeccionar con ello el contrato, el asegurador tiene que confiar en la buena fe del proponente al describir el riesgo y las circunstancias del mismo, ya que la exactitud de tal descripción constituirá el motivo determinante de la voluntad del asegurador para perfeccionar el contrato".*³¹

Para el tratadista español Garriguez: *"El seguro es un contrato celebrado en masa en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión; esto es, la subordinación del contratante a las condiciones contractuales redactadas unilateralmente por la empresa aseguradora. Esta característica exige, por parte de la empresa, una exquisita observancia de la buena fe, que es incompatible con las cláusulas lesivas para el asegurado o simplemente oscuras... Lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo de tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir. Este deber inspira el principio de la buena fe".*³²

No difiere de las opiniones anteriores, la del jurista Martínez Gil, quien señala: *"En el contrato de seguro es un requisito sine qua non, pues se trata del contrato típico por excelencia de buena fe, ya que responsabiliza al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que la compañía aseguradora tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o denegación. Pero también debe existir buena fe de parte de la compañía aseguradora, al facilitar al*

²⁹ Halperin, Isaac, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma, 1993, Pág. 33.

³⁰ De los Mozos, José Luis, El Principio de la Buena Fe, Barcelona, Bosch Casa Editorial, 1965, Pág. 63.

³¹ Ruiz Rueda, Luis, op. Cit. Pág. 82.

³² Garriguez, Joaquín, op. Cit. Pág. 257.

asegurado la suficiente información, orientación y asesoramiento, no sólo en el tipo de contrato sino en todos los trámites, en la información que le soliciten, etcétera. La buena fe es un principio de carácter ético y moral, por lo que las partes deben proceder con lealtad, honradez y con la convicción de que al celebrar determinado acto no se lesione ni se engañe a nadie... El asegurado debe manifestarse con buena fe, ya que sus declaraciones son la base para el contrato de seguro".³³

A mi parecer, la opinión más acertada o mejor planteada de las anteriores, es la última, es decir, la del jurista José de Jesús Martínez Gil, pues éste señala que la buena fe debe de existir tanto en el asegurado como en la aseguradora; en el primero al dar a conocer a la aseguradora todas las condiciones que le permitan apreciar el o los riesgos a asegurar, y en la segunda, al deber brindar al asegurado la suficiente información, orientación y asesoramiento, para que éste sepa hasta qué grado está cubierto y cuáles serán sus derechos y obligaciones.

2.2.h.- DE TRACTO SUCESIVO.

Consideran al contrato de seguro como de tracto sucesivo o continuo, al establecer duración y continuidad, dado que las prestaciones recíprocas que el contrato pone a cargo de uno u otro sujeto no se agotan en un instante único, sino que se proyectan durante el mismo hasta la extinción del contrato, es decir, las prestaciones se cumplen durante un cierto periodo de tiempo. Las partes quedan vinculadas y recíprocamente obligadas la una hacia la otra hasta la extinción del contrato.

Un ejemplo clásico de la continuidad del contrato de seguro, es el del seguro de vida, el cual generalmente no se contrata para operar durante un evento determinado, sino por todo el tiempo que el sujeto viva.

2.2.i.- DE MASAS.

Clasifican así al contrato de seguro, pues las compañías aseguradoras no operan con capital 100% propio, sino en su mayoría con dinero que generan los pagos de las primas de todos los asegurados; de modo tal que se necesita la concurrencia de un gran número de contratantes para que el contrato de seguro pueda operar.

³³ Martínez Gil, José de Jesús, Manual Teórico y Práctico de Seguros, México, Ed. Porrúa 1984, Pág. 63.

2.2.j.- DE EMPRESA.

Señalan que el contrato de seguro necesariamente es un contrato de empresa, pues se requiere un fondo constituido por las primas y administrado por las sociedades de seguro, toda vez que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros³⁴ prohíbe realizar toda operación activa de seguro por quien no tenga el carácter de Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de Seguros de conformidad con lo establecido por sus artículos 1º, 3º y 5º, constituyendo su violación un delito federal en atención a lo preceptuado por el artículo 139, fracción I, del aludido ordenamiento legal, ya que se ha establecido que el tratamiento legal que reciben el contrato de seguro y las empresas que lo desarrollan como actividad social, deriva del interés colectivo de los asegurados que se pone en juego y que requiere de una necesaria supervisión y vigilancia por parte de los órganos gubernamentales de la entidad estatal.

2.2.k.- MERCANTIL.

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

Al respecto, el Código de Comercio³⁵ establece la mercantilidad del contrato de seguro, en los siguientes preceptos legales:

Artículo 1º.- Los actos comerciales sólo se rigen por lo dispuesto en este Código y demás leyes mercantiles aplicables.

ARTÍCULO 75.-La ley reputa actos de comercio:

.....

XVI. Los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas;...

³⁴ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

³⁵ Código de Comercio, Editorial Greca Editores, 1996.

ARTÍCULO 1049.- Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar las controversias que conforme a los artículos 42, 75 y 76 deriven de los actos comerciales.

ARTÍCULO 1050.- Cuando conforme a las disposiciones mercantiles, para una de las partes que intervienen en un acto, éste tenga naturaleza comercial y para la otra tenga naturaleza civil, la controversia que del mismo se derive se regirá conforme a las leyes mercantiles."

2.2.1.- DE GARANTÍA.

Asimismo consideran ambos que el contrato de seguro es de garantía, pues a través de este la aseguradora asume el compromiso de resarcir o indemnizar al asegurado, contra el pago de una prima, respecto del daño que se llegue a producir por la realización de un siniestro.

La garantía radica en el compromiso de la aseguradora de asumir las consecuencias de la realización de una eventualidad de conformidad a los términos previstos en el contrato, resarciendo un daño indemnizándolo mediante una suma de dinero.

Es así que tanto la Ley Sobre el Contrato de Seguro como la General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establecen la obligación por parte de las aseguradoras de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus asegurados, la primera en su artículo 20, y la segunda en sus artículos 37 y 46.

Cabe hacer la aclaración que, no obstante que el contrato de seguro posee la característica de ser un contrato de garantía conforme a los términos expresados con antelación, difiere del contrato de garantía de fianza, ya que las obligaciones asumidas por la aseguradora garante no dependen de la realización del incumplimiento de una obligación principal, ni de que dicha obligación sea nula inexistente, sino de la circunstancia totalmente aleatoria de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato; en la fianza la garantía otorgada depende del cumplimiento de la obligación afianzada, en el seguro la garantía de la aseguradora es su obligación misma, como ya se dijo, el compromiso de la aseguradora de asumir las consecuencias de la realización de una eventualidad de conformidad a los términos previstos en el contrato, resarciendo un daño o indemnizándolo mediante una suma de dinero.

2.2.m.- PRINCIPAL.

Por último, señalan que es un contrato principal en contraposición a accesorio, toda vez que la prestación fundamental asumida por la aseguradora constituye la garantía de que se trata, es decir, se hace depender no del incumplimiento de una obligación principal, como sucede en la fianza, sino de la realización de la eventualidad prevista en el mismo 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.

2.3.- ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

El artículo 1° de la Ley sobre el Contrato de Seguro³⁶, establece:

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

Del artículo en comento se desprenden los cuatro elementos esenciales del contrato de seguro, siendo estos los siguientes:

- a) Riesgo;
- b) Prima;
- c) Garantía; y
- d) Empresa aseguradora.

2.3.a.- RIESGO.

Nuestra legislación en materia de seguros emplea la palabra “riesgo” con diversos sentidos:

Al designar al riesgo, el artículo 1° de la Ley sobre el Contrato de Seguro, con la palabra eventualidad, lo caracteriza como:

³⁶ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

- i Un acontecimiento *posible*; por lo cual, todo aquello que sea imposible de ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo;
- ii Un acontecimiento *contingente*, es decir, de realización incierta, de manera que aquello que necesariamente deba ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo, aunque basta la incertidumbre respecto de la época en que deba ocurrir, para que pueda considerarse riesgo para los efectos del contrato, como en el caso de la muerte (Art. 151 Ley sobre el Contrato de Seguro).
- iii Un acontecimiento *futuro*, precisamente por ser de realización incierta. Sin embargo, el Artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, consigna el caso del llamado *riesgo putativo*, es decir, el que consiste en la simple incertidumbre acerca de si se ha realizado un acontecimiento, siempre que tal incertidumbre sea compartida por ambos contratantes.
- iv Un acontecimiento *dañoso*, que puede ser ya sea en el bien asegurado o en las personas. (Artículos 85 y 151 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Ahora bien, no todo riesgo que se presente y reúna las características anteriores, es susceptible de ser resarcido o indemnizado por la aseguradora, sino que para ello, es requisito indispensable, primero, que se encuentre previsto en el contrato como un riesgo asegurado, o bien no excluido; y segundo, que exista una relación de causalidad en el siniestro ocurrido y los riesgos previstos y asumidos en el contrato. Esto es, para que el asegurado tenga derecho al resarcimiento, no basta que se haya verificado el evento previsto y cubierto por el seguro, sino que debe existir una conexión causal entre los riesgos asumidos en el contrato y el evento realizado. Dado que un evento puede ser provocado por varias condiciones, surge el problema de establecer cual de ellas deba considerarse causa, para los fines de determinar después si tal causa está contenida entre los riesgos previstos en el seguro o no excluidos. Si el evento previsto en el seguro es producido por una causa también prevista, el asegurador está obligado a pagar la indemnización, siempre y cuando no se hubiese cometido por culpa grave del asegurado.

Por ejemplo, un seguro de vida, por su naturaleza u objeto, debe indemnizar a los beneficiarios del asegurado cuando éste muera. Sin embargo, la aseguradora no tendrá a su cargo dicha obligación de pago si el beneficiario fue quien atentó contra la vida del asegurado, en términos del artículo 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En este ejemplo, la muerte del asegurado evidentemente es considerada como un riesgo que cumple con las cuatro características antes enumeradas, pues es *posible* que el asesinato se cometa; definitivamente puede ser considerado también como un riesgo *contingente*, pues es muy probable que quien

contrate un seguro, en ese momento no tuviera ni la más remota idea de que en un futuro sería asesinado; evidentemente sería un acontecimiento *futuro*, pues de otra forma no hubiera sido posible contratar el seguro, o bien, si hubiere sido contratado por conducto de un tercero, aún así no procedería el pago de la indemnización, ya que para la fecha en que se contrató el seguro de vida, este sería nulo, en términos del artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pues la persona asegurada ya no estaba viva; y por último, es un evento *dañoso*, dada la muerte que se produce con el asesinato, empero, al haberse provocado el siniestro en forma dolosa por el beneficiario del seguro, la compañía aseguradora no tiene obligación de pagar la indemnización, pues así lo establece el dispositivo legal en cita.

2.3.b.- PRIMA.

El segundo elemento esencial del contrato de seguro, es la prima, que no es otra cosa que el precio que el asegurado debe pagar a la aseguradora, para que ésta asuma a su cargo y cuenta el riesgo asegurado.

Juridicamente podemos definir a la prima, como la contraprestación del asegurado o del contratante, en su caso, por la garantía que presta el asegurador.

De acuerdo a nuestra legislación en materia de seguros, la prima no se fija arbitrariamente por la compañía aseguradora, sino que debe ser calculada en función del tiempo (Artículos 34, 44, 89, 96, f. I y II y 107 de la Ley sobre el Contrato de Seguro); de la gravedad del riesgo, es decir, de la probabilidad de su realización (Artículos 43, 62, 161, f. I a IV, de la Ley sobre el Contrato de Seguro); y por último, en función de la suma asegurada (Artículos 90, 95, 96, f. I, y 161, f. IV, de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Por ser la prima elemento esencial del contrato de seguro, la mora en el pago de la misma, trae como consecuencia la resolución o rescisión automática del seguro (Art. 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), y por ende, la justificada oposición por parte de la aseguradora al pago de la indemnización, en términos de lo dispuesto por el artículo 1949 del Código Civil Federal, que claramente establece que el cumplimiento de las obligaciones se entiende implícito en las recíprocas, es decir, que nadie está obligado al cumplimiento de ninguna obligación recíproca, si su contraparte no dio cumplimiento a la obligación que a ella le incumbía.

2.3.c.- GARANTÍA.

Sin duda, este tercer elemento esencial del contrato, es de los que más discusiones ha traído consigo, por que no hay un acuerdo perfecto en su determinación, pues para unos no es más que un compromiso de pago asumido por la empresa aseguradora, que deberá verificarse cuando se presente la eventualidad cubierta en el contrato; y para otros es efectivamente la garantía de cobertura del riesgo por el asegurador, que inicia desde la celebración del contrato y hasta que aquél se extingue, sin importar cuántas veces se presente el riesgo a ser cubierto (en caso de seguro de daños o de enfermedades y accidentes), sino, se insiste, hasta que el contrato se resuelva, ya sea por adolecer de objeto, por rescisión o por finiquitarse su vigencia.

Gran parte de las discusiones respecto a que si el contrato de seguro tiene implícita una garantía o no, surge del hecho de que generalmente la garantía se entiende como una condición suspensiva de la obligación, es decir, que de no verificarse el riesgo amparado por la póliza, la compañía aseguradora tendría la obligación de restituir al asegurado la prima que éste pagó, lo cual sería absurdo.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso aclarar que el objetivo de este trabajo de tesis no es el de determinar cuál de las diversas doctrinas sobre el particular, es la que resulta o considero la más apropiada, sino la de analizar nuestra legislación en materia de seguros, para puntualizar los aspectos por los cuales sostengo es deficiente y requiere de una modificación, para eliminar poco a poco del ánimo de la mayoría de las personas, la idea de que los seguros ya no brindan más esa seguridad para la que fueron creados. En ese tenor, debe decirse que nuestro legislador aceptó la tesis de que el contrato de seguro lleva implícita una garantía y no simplemente un compromiso de pago, lo que puede fácilmente apreciarse con la lectura del artículo 20, fracciones III, IV y V, de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en que se establecen que la póliza debe hacer constar la naturaleza de los riesgos contra cuyas consecuencias se contrata el seguro, para ser garantizadas.

En efecto, la fracción III del artículo citado dice: “.....*La naturaleza de los riesgos **garantizados**.....*”. El mismo concepto se repite en la fracción IV del numeral en comento cuando establece: “.....*el momento a partir del cual se **garantiza** el riesgo y la duración de esta **garantía**.....*”. Finalmente, la fracción V de este mismo artículo señala que se debe precisar: “.....*el monto de la **garantía**.....*”

De lo anterior, es claro que nuestro derecho considera a la garantía como a un elemento esencial del contrato de seguro.

2.3.d.- EMPRESA ASEGURADORA.

Nuestra legislación acogió a la empresa como un elemento esencial del contrato de seguro a partir del Código Civil de 1870, en el que se hace constar indiscutiblemente que el contrato de seguro presuponia por necesidad una organización económica, rigurosamente técnica, indispensable para lograr la compensación de los riesgos, según las leyes de la estadística.

El mercantilista Vivante³⁷, puso antes que nada de relieve con éxito sorprendente: “...*la importancia jurídica del elemento empresa, o sea, esa organización económica para constituir lo que se llama mutualidad, que es la reunión de una masa de riesgos de la misma especie, en cantidad suficiente, para que con las cuota o primas cubiertas por los expuestos a esos riesgos, se pudiere formar un fondo común con el cuál cubrir las pérdidas sufridas por los pocos para quienes el siniestro se convierte en realidad; organización en suma fundada en la aplicación de las leyes de la estadística...*”. Por lo anterior, Vivante sostuvo que la empresa es realmente un elemento esencial específico del contrato de seguro, pues de no existir el mismo, el seguro se reduciría prácticamente a una simple apuesta o práctica ocasional, en la que el asegurador perdería el monto de la suma asegurada, en caso de realizarse la eventualidad dañosa prevista en el contrato, y de no realizarse ésta, el asegurado perdería el monto de la prima.

De nuestra legislación, concretamente de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como del artículo 1º de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se advierte claramente que la *empresa*, es un elemento esencial del contrato de seguro, pues sin ella no puede celebrarse válidamente un acuerdo de voluntades de esta naturaleza.

Cabe agregar que este elemento esencial del contrato de seguro, no nace como un simple capricho o imposición sin justificación del gobierno federal, sino como una necesidad de la sociedad, ya que como se ha dejado apuntado a lo largo de este trabajo, debe de algún modo garantizarse al asegurado que será indemnizado en caso de que llegare a presentarse el riesgo amparado por la póliza, y ello no sería del todo posible si no se hiciera a través de empresas que estuvieran perfectamente vigiladas por los órganos gubernamentales encargados de ello (Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Comisión Nacional de Seguros), y reguladas debidamente en cuanto a su constitución, operación y funcionamiento.

El artículo 7 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece las operaciones de seguros que podrán ser efectuadas por las empresas aseguradoras, siendo estas:

³⁷ Ruiz Rueda, Luis, op. Cit. Pág. 68.

I.-Vida;

II.- Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

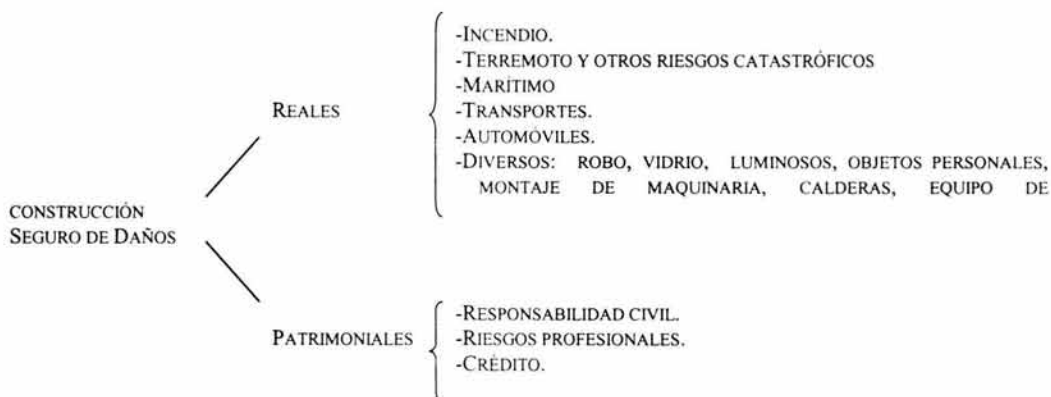
- i.- Accidentes personales;
- ii.- Gastos médicos; y
- iii.- Salud;

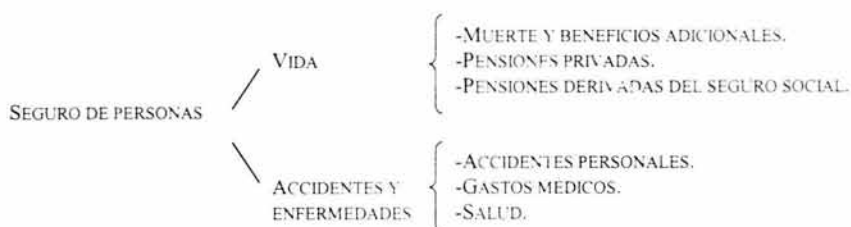
III.- Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

- i.- Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
- ii.- Marítimo y transportes;
- iii.- Incendio;
- iv.- Agrícola y de animales;
- v.- Automóviles;
- vi.- Crédito;
- vii.- Diversos;
- viii.- Terremoto y otros riesgos catastróficos; y
- ix.- Los especiales que declare la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9 de esta ley.

Para comprender mejor los programas de protección o seguros ofrecidos por las empresas aseguradoras, se ha establecido la siguiente clasificación:

CLASIFICACIÓN DE LOS SEGUROS.





2.4.- ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

Los elementos personales del contrato de seguro, son:

- a) El asegurado.
- b) El beneficiario; y
- c) El tercero dañado.

2.4.a.- EL ASEGURADO.

Se ha definido como la persona, ya sea física o moral, que celebra con una empresa aseguradora un contrato de seguro.

También se le ha definido como la persona que contrata el seguro con la institución aseguradora, comprometiéndose entre otras obligaciones, al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho, en su caso, al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia del siniestro.

2.4.b.- EL BENEFICIARIO.

Como en cualquier otro contrato, el beneficiario es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

La designación del beneficiario juega un papel muy importante en el contrato de seguro, pues existen múltiples relaciones contractuales o actos jurídicos en el que uno de

los contratantes exige a su contraparte la contratación de un seguro que garantice cierta operación o cumplimiento de alguna obligación, en el que aquél quedé como beneficiario irrevocable del seguro que éste contrate.

Un ejemplo claro de lo anterior, es el contrato de seguro de automóvil, en el que el asegurado propietario del vehículo designa como beneficiario de la indemnización en caso de robo o pérdida total del automóvil a la institución financiera que le otorgó el crédito para la compra de dicho bien, hasta en tanto el asegurado termine de pagar el préstamo que se le otorgó.

Situación similar ocurre con los seguros de vida que se contratan en cumplimiento a lo pactado en un contrato de crédito hipotecario o de cuenta corriente, en el que el acreditado y/o asegurado debe designar como beneficiario de la indemnización a la institución bancaria acreditante.

Sin embargo, al ser la persona del beneficiario simplemente un elemento personal y no esencial del contrato de seguro, su designación no resulta indispensable, pues la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 164, segundo párrafo, claramente establece que a falta de beneficiarios, en caso de seguros de vida, la indemnización se pagará a la sucesión del asegurado.

2.4.c.- EL TERCERO DAÑADO.

Podemos definir a este elemento personal del contrato de seguro, como a aquél que ha sufrido un daño en su persona, en sus derechos o en sus bienes.

La Ley sobre el Contrato de Seguro, en sus artículos 145 a 150, contempla al seguro denominado "Seguro Contra la Responsabilidad". De dichos numerales, se desprende que a través de esta clase de seguros, la empresa aseguradora se obliga a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño a éste, siempre y cuando ese daño se encuentre previsto en el contrato.

De alguna forma podemos decir que los terceros dañados se equiparan a los beneficiarios, pues el seguro contra la responsabilidad atribuye a aquellos el derecho a la indemnización directa cuando ocurra el siniestro amparado por el contrato, teniendo derecho incluso a la transmisión de ese derecho por la vía sucesoria, en caso de muerte. Sin embargo, es evidente la distinción entre uno y otro, pues el beneficiario no necesariamente debe verse afectado en su persona, bienes o derechos, para tener derecho a la indemnización, en tanto que el tercero dañado sí.

2.5.- ELEMENTOS MATERIALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

Los elementos materiales del contrato de seguro son:

- a) El interés asegurable;
- b) La suma asegurada;
- c) El siniestro; y
- d) La indemnización.

2.5.a.- EL INTERÉS ASEGURABLE.

Se ha establecido que el interés es un elemento fundamental del contrato de seguro, pues constituye el objeto del contrato y es considerado como un elemento del riesgo, ya que sin interés no puede haber riesgo.

¿Por qué se dice que el interés asegurable es el objeto del contrato de seguro?, pues porque el tomador del seguro, o en su caso, el tercero a favor de quien se contrata, deben tener un interés en que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una disminución patrimonial. De lo anterior, podemos concluir que el daño económico que se produce por el siniestro, es el valor del interés asegurado.

También se ha establecido que el interés asegurado es la realización entre un sujeto y un objeto amenazado por un hecho determinado, es decir, que el interés asegurable depende de tres elementos: un bien, la relación jurídica con éste, y su exposición a un riesgo determinado.

Respecto del interés hay que valorar el grado de utilidad que representa para el sujeto, es decir, hay que determinar la medida de su valor, para así considerar el grado de utilidad para satisfacer una necesidad económica, lo que implica que si el valor del interés asegurable es menor al del costo del seguro (prima), ningún caso tiene celebrar el contrato de seguro, ya que como se ha dejado establecido, el objeto de este acto jurídico no es el de lucro, sino el de la disminución o supresión de un daño, en sentido económico.

La legislación mexicana en materia de seguros no define el interés asegurable, sin embargo, sí da suficiente referencia del mismo para que podamos establecer un concepto, pues numerosos artículos hablan del interés, como lo son el 42, 85, 86, 87, 92, 100, 114, 129,

130, 140 y 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. De todos estos artículos, **se deduce que el interés es aquél elemento de carácter económico que motiva al sujeto a la contratación de un seguro, con el fin de evitarse el menoscabo patrimonial por la realización de un riesgo.**

De conformidad con lo previsto por el artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro. En mi opinión, dada la práctica común de las compañías aseguradoras en cuanto al pago y rechazo de las indemnizaciones se refiere, este numeral debería ser reformado, pues considero que no es justo que después de dos o más años (que es el tiempo que puede durar un litigio y en ocasiones más) de haber sucedido un siniestro, se le indemnice a una persona con el valor que tenían los bienes u objetos asegurados al momento de actualizarse el riesgo, sin embargo hablaré más a detalle en los capítulos subsecuentes de la necesidad de reformar esta disposición.

Para el tratadista español Broseta Pont: *“El interés asegurado es la relación entre una persona (asegurado) y una cosa, derecho o patrimonio (objeto asegurado) susceptible de valoración pecuniaria; relación que puede sufrir un daño por consecuencia de un evento o suceso determinado.”*³⁸

De todo lo anterior, se concluye que quien no esté por cualquier causa expuesto al riesgo de sufrir una pérdida o daño de carácter económico, como consecuencia de que se actualice un suceso perjudicial, carece de justificación para asegurarse contra los efectos del citado suceso.

Una disposición importantísima que prevé la Ley sobre el Contrato de Seguro en lo tocante al interés asegurable, es la contenida en el artículo 87, el cual contempla la posibilidad de que se asegure una cosa ajena cuando se tenga un interés sobre ella, con la condición *sine qua non* de que el contrato respectivo se entenderá celebrado también en interés del dueño, con la salvedad de que éste no podrá beneficiarse del seguro, sino después de cubierto el interés del contratante, incluyendo el importe de las primas pagadas por el seguro.

2.5.b.- LA SUMA ASEGURADA.

De acuerdo a la distinta bibliografía que consulté para desarrollar este trabajo, diversos tratadistas, como Don Luis Ruíz Rueda y Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, coinciden en sus obras (El Contrato de Seguro y La Institución del Seguro en México, respectivamente), en que por “suma asegurada” debe entenderse: *“...el valor atribuido por el*

³⁸ Broseta Pont, op. Cit., Pág. 535.

*titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador esta obligado a pagar en caso de siniestro...*³⁹

Desafortunadamente para todos los que tenemos un interés asegurable, la definición que dan dichos tratadistas de lo que es la suma asegurada, es correcta, pues en dicha definición se señala con claridad que el importe de la suma asegurada será la cantidad **máxima** que la compañía aseguradora estará obligada a pagar, más no que será la cantidad que dicha institución financiera deberá pagar al asegurado.

Lo anterior es así, en virtud de que la Ley sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 95, establece medularmente que la compañía aseguradora, en caso de siniestro, sólo estará obligada a pagar como indemnización la cantidad que corresponda al valor real del bien asegurado al momento del siniestro, no obstante que en el contrato se hubiere asignado un valor mayor a dicho bien, lo que incluso le dará el derecho a la institución financiera a demandar la nulidad del contrato, en caso de mala fe por parte del asegurado o contratante.

En lo personal considero que dicha disposición legal, en parte, es un gran acierto de nuestro poder legislativo, pues con en ella se hace justicia a las compañías aseguradoras y se castiga a aquellos que procedan de mala fe al pretender atribuirle un valor mayor a los bienes objeto del seguro. Sin embargo, por otro lado, considero que la disposición en comento violenta otras normas jurídicas de importancia trascendental, como lo es el artículo 78 del Código de Comercio, pues en este numeral se establece expresamente que: *“En las convenciones mercantiles, cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse...”*, de modo tal que si en el contrato de seguro ambas partes acordaron de buena fe que en caso de siniestro la compañía aseguradora pagaría una determinada cantidad de dinero, estimo que no es correcto que la legislación en materia de seguros otorgue un beneficio a las aseguradoras, permitiéndoles a éstas desconocer ese pacto y que paguen menos de lo que se obligaron, alegando y demostrando que el valor real del bien asegurado no es el que se señaló en el contrato, y menos justo considero el que además se les permita a las compañías de seguro conservar en su patrimonio el importe de las primas que previamente se les habían pagado, en lugar de obligarlas a devolver el excedente, en reciprocidad de la disminución del importe de la suma asegurada, que, como se verá más adelante, es la base o punto de referencia para determinar el monto de la prima.

Ya entrados en el tema, es preciso señalar que en materia de seguros existen diferentes “valores” o bien, diferentes conceptos de valor, como son:

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

³⁹ Curso de Introducción al Seguro, op. Cit., Pág. 36.

- ii **Valor real.**- Es igual al valor de reposición, menos la depreciación efectiva por su uso.
- iii **Valor convenido.**- Es el valor que se ha acordado tomar como base para todos los efectos de la póliza.

Se ha establecido la regla de que la indemnización es al daño como la suma asegurada es al valor asegurable, estableciendo las siguientes soluciones:

- i Si el siniestro es total, se indemnizará por todo el monto asegurado, y
- ii Si el siniestro es parcial, sólo en la proporción que resulte de la relación entre la suma asegurada y el valor total asegurable.

Al respecto, en ambos casos, de acuerdo a lo antes señalado, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y el valor real de los bienes asegurados.

2.5.c.- EL SINIESTRO.

Múltiples son las definiciones que la doctrina da a la palabra “siniestro”, tales como: *“El daño a los bienes asegurados por el evento señalado como riesgo en el contrato de seguro”*.⁴⁰

También se le ha definido como *“La manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce los daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía”*.⁴¹

El tratadista Don Luis Ruiz Rueda ha definido al siniestro como *“El evento que actualiza la responsabilidad del asegurador”*, agregando que de la noción de siniestro se desprenden dos elementos, a saber: a).- Los elementos de hecho, o sea la realización del evento temido por el asegurado, considerado en el contrato junto con las circunstancias concretas en que se produzca; y b).- Los elementos jurídicos, o sea los límites del riesgo asumido, que deben coincidir con las circunstancias concretas en que se realice el evento, para que el asegurador esté obligado a la prestación prometida.⁴²

⁴⁰ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús, op. Cit. Pág 250.

⁴¹ Curso de Introducción al Seguro, op. Cit., Pág. 45.

⁴² Ruiz Rueda, Luis, op. Cit., Pág. 155.

Luego entonces, para que la aseguradora esté obligada al pago de la indemnización, es requisito indispensable la comprobación por parte del asegurado de la realización del siniestro, y que las circunstancias de este sean contempladas en el contrato de seguro como cubiertas, o bien no las excluya expresamente.

Además de lo anterior, para la procedencia del pago de la indemnización, es necesario que el asegurado dé aviso a la aseguradora de la realización del siniestro, dentro de un plazo máximo de cinco días, según lo prevé el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y también tendrá la obligación de ejecutar todos los actos necesarios que estén a su alcance, para evitar o disminuir el daño, una vez presentado el siniestro, pues de lo contrario la obligación de pago de la aseguradora se reducirá hasta el monto del daño originalmente causado y no de sus agravaciones por el incumplimiento del asegurado a la citada obligación a su cargo, atento a lo dispuesto por los artículos 113, 114 y 115 del citado ordenamiento legal.

2.5.d.- LA INDEMNIZACIÓN.

Podemos definir a esta como el pago que debe efectuar la compañía aseguradora por la realización del siniestro cuyas consecuencias se encuentran amparadas por la póliza, a efecto de resarcir al asegurado o a sus beneficiarios del daño que sufrieron con motivo del siniestro, en el entendido de que el monto de dicho pago no podrá exceder de la suma asegurada contratada ni del valor real del objeto afectado al momento de actualizarse el daño.

La indemnización se determinará específicamente atendiendo a la clase de seguro de que se trate, distinguiéndose las siguientes:

- i La entrega de dinero, la cual se da en los casos de seguros de vida o de crédito;
- ii El reembolso de dinero, que se da generalmente en los seguros de gastos médicos;
- iii La reparación de la cosa dañada, la que se actualiza en los casos de seguros de daños y de automóviles;
- iv La sustitución del bien siniestrado, que se da en los casos de seguro de roturas de cristales.

- v La prestación de un servicio, que se da en diversas clases de seguros en los que se incluye, además, un seguro de asistencia jurídica.

Es importante aclarar que, para el caso del seguro de vida, la indemnización que la aseguradora debe pagar, no puede considerarse propiamente como el resarcimiento de un daño económico o de un menoscabo patrimonial, puesto que de todos es sabido que no es posible determinar el valor indemnizable correspondiente a la muerte de una persona. Lo que se cubre con la indemnización en esta clase de seguros, es la cantidad que entre ambos contratantes (empresa aseguradora y asegurado), convinieron fijar como suma asegurada, atendiendo ya sea a las posibilidades económicas del asegurado, o bien a la cantidad que éste quiso que recibieran sus beneficiarios con su muerte, pero de ninguna manera dicha indemnización puede estimarse que corresponde al valor real del daño económico acaecido con la muerte del asegurado.

Situación similar ocurre en el caso de los seguros de gastos médicos, en el que la aseguradora al pagar la indemnización tampoco cubre el valor real del daño sufrido por el asegurado, sino que su obligación se limita a rembolsar o hacer pago directo a la institución de salud de que se trate, de todos los gastos que se generen a consecuencia de la enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

Como ya se ha dicho, la indemnización siempre estará limitada y nunca podrá ser mayor a la cantidad que la propia aseguradora se obligó a pagar en el contrato de seguro.

En efecto, como ya se dijo en el apartado que antecede, la compañía aseguradora no tendrá la obligación de pagar una indemnización mayor a la suma asegurada fijada previamente en la póliza respectiva, e incluso tendrá el derecho de pedir que dicha suma se reduzca o incluso que se nulifique el contrato de seguro, si demuestra que la suma asegurada establecida es excesiva en relación al bien materia del seguro, y que además el asegurado tenía conocimiento de ello, actuando de mala fe.

2.6.- LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

Nuestra legislación en la materia, concretamente la Ley sobre el Contrato de Seguro, contempla la posibilidad de que el seguro se contrate directamente por la persona que está expuesta al riesgo, ya sea en su persona o en sus bienes; o a través de un tercero.

En efecto, el citado ordenamiento legal establece diversas modalidades para poder celebrar el contrato de seguro, como son: los seguros contratados por representantes (artículo 9), por cuenta de otro (artículo 10), por cuenta propia o de otro (artículo 11), por cuenta de un tercero (artículo 12), y en nombre del mandante (artículo 13).

Por cuanto se refiere al seguro contratado por cuenta propia o por conducto de los representantes o mandatarios del asegurado, estimo, no hay mayor problema para entender a que se refiere la ley con estas modalidades. Sin embargo, las modalidades previstas bajo los artículos 10 y 11 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (por cuenta de otro, y por cuenta propia o de otro, respectivamente), si pudieran provocar dudas sobre su razón de ser, dados los nombres con los que la propia ley los refiere.

En lo tocante a la modalidad “por cuenta de otro”, se ha establecido que se trata de una contratación “a favor de otro” o a “nombre de otro”, pues en nuestra legislación no es posible afectar la esfera jurídica de persona alguna a través de un contrato en el que esta ni siquiera formó parte ni ha intervenido en forma alguna, de tal suerte que podemos afirmar que la contratación “por cuenta de otro”, acoge la figura jurídica de la gestión oficiosa. Un ejemplo claro de este tipo de contratación la podemos ver en los seguros que contratan las personas por posibles daños o extravíos que pudieren sufrir las mercancías que remitieran a sus clientes vía mensajería o paquetería, en los que el importe de las primas respectivas deberán ser pagadas por el propio remitente, sin que la compañía aseguradora tenga el derecho de exigir el pago de estas al destinatario, salvo pacto en contrario, sin embargo, la compañía financiera de que se trate sí tendrá la obligación de indemnizar al destinatario en caso de presentarse el siniestro que dañe la mercancía asegurada.

Por lo que respecta al contrato “por cuenta propia o de otro”, debemos entender al “seguro por cuenta de quien corresponda”, es decir, a aquellos en que está perfectamente precisado el o los bienes asegurados, pero que se desconoce quien o quienes puedan ser los titulares de los derechos sobre los mismos, ya sea porque se encuentra pendiente una controversia en la que se determine acerca de la propiedad de la cosa asegurada, o bien cuando esa cosa pertenezca a varias personas y no sea posible determinar al momento de la contratación la porción correspondiente a cada uno de ellos, o también cuando el interés asegurado cambie de titulares durante su exposición al riesgo, de modo tal que al contratar no es posible determinar quién será el derechohabiente de la indemnización que resulte en caso de presentarse el siniestro.

La ley es clara en cuanto a que sea cual fuere la modalidad a través de la cual se celebre el contrato, el tomador del seguro, sea para sí o para un tercero, deberá declarar a la aseguradora todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por aquél para la debida apreciación del riesgo, bajo pena de que la aseguradora esté en aptitud de rescindir el

contrato en caso de falsedades o inexactas declaraciones, o bien por la omisión de aquellos hechos que pudieran ser indispensables para conocer los términos y condiciones que se establecerán para el contrato.

La declaración de la que hablo en el párrafo anterior, la hará el que pretende contratar el seguro precisamente al formular su oferta de aceptación a la aseguradora.

En efecto, contrario a lo que se podría pensar, en materia de seguros quien hace la oferta de contratación, no es la compañía aseguradora ni sus agentes de seguros, sino la persona que pretende hacer la contratación del seguro. En dicha oferta debe señalarse con claridad la clase de seguro que se desea contratar, la designación de la persona asegurada o del bien o cosa a asegurarse, el nombre de los beneficiarios, si los hubiere, y, como ya se dijo, todos aquellos hechos importantes que sean o deban ser conocidos por el contratante, para que la compañía aseguradora pueda efectuar una debida apreciación del riesgo a ser cubierto.

Generalmente la oferta de un seguro se hace a través de los formularios previamente impresos por las compañías aseguradoras, denominados solicitud de contrato de seguro, en los que se agregan las condiciones generales del seguro y el cuestionario sobre los hechos que el futuro asegurado debe hacer saber a la empresa, para los efectos de la apreciación del riesgo.

La recepción de la oferta por parte de la aseguradora, no implica la aceptación del seguro o riesgo, así como tampoco el silencio de ésta sobre el particular, sino que siempre será necesario una aceptación expresa, la que generalmente se da con la expedición de la póliza respectiva, siendo este documento el elemento probatorio más eficaz e irrefutable de la existencia de un contrato de seguro, de su vigencia y de los modos de contratar (riesgos cubiertos y condiciones generales del contrato), por lo que dada su importancia a continuación me refiero a tal documento y cuestiones más ampliamente en los siguientes apartados.

2.6.a.- LA PÓLIZA.

Se le ha definido como el documento por el cual se formaliza el contrato de seguro y en el que se establecen los términos y condiciones (cláusulas) que regularán la relación contractual entre la aseguradora y el asegurado.

La póliza es el documento idóneo procesalmente hablando para demostrar la existencia del contrato de seguro, sin embargo la falta de esta no es en modo alguno necesaria o indispensable para declarar la existencia o validez del citado acuerdo de voluntades.

Al respecto, el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que, para fines de prueba, el contrato de seguro, así como todas sus modificaciones, deberán hacerse constar por escrito, y que ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para demostrar la existencia del contrato de seguro; de tal suerte que, ante la falta de un documento o de una confesión, el juzgador no podrá declarar la invalidez o inexistencia del contrato, sino simplemente que procesalmente no se demostró la relación contractual de seguro.

En la póliza la empresa aseguradora tendrá la obligación de especificar el riesgo que se cubre, la vigencia, el lugar, las personas afectadas, la cuantía y su naturaleza, estableciéndose en el artículo 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que si los términos y condiciones asentados en los documentos usados en la contratación del seguro, no están escritos en caracteres fácilmente legibles, no producirán efecto probatorio en contra del asegurado.

De conformidad con lo previsto por el artículo 25 de la ley en mención, el asegurador contará con un plazo de treinta días para solicitar se haga cualquier corrección que requiera la póliza, por no concordar con los términos de la oferta efectuada por éste, en el entendido de que si no se hiciera solicitud de corrección alguna dentro de dicho término, la póliza se entenderá aceptada conforme fue expedida.

Toda documentación ofrecida al público en general como contratos de adhesión en materia de seguros, deberá ser previamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en términos de lo dispuesto por el artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, so pena de que el asegurado pueda pedir la nulidad de dicha documentación y de los términos y condiciones en ella estipulados, así como que la citada dependencia gubernamental imponga las multas que prevé la ley a la compañía aseguradora.

El artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, establece lo que deberá contener toda póliza, a saber:

- I. Los nombres, domicilios y **firma de la empresa aseguradora**;
- II. La designación de la cosa o persona asegurada;
- III. La naturaleza de los riesgos garantizados;
- IV. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;

- V. El monto de la garantía;
- VI. La cuota o prima del seguro, y
- VII. Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Remarqué en negrillas y subrayé la última parte de la fracción primera anterior, a efecto de hacer notar que la ley exige que las pólizas de seguro solo vengan firmadas por la empresa aseguradora, y no así por el asegurado, lo que acontece de igual forma con los endosos, situación que a mi juicio puede dar lugar a múltiples controversias por la falta de prueba de autenticidad, no obstante que el seguro sea considerado como de “buena fe”, porque en la práctica la realidad lamentablemente es que no todo mundo se conduce de esa manera, por lo que estimo necesaria una reforma a la ley sobre el particular, y al respecto me referiré más ampliamente en los capítulos subsecuentes.

Pasando a otro punto, gran confusión es la que crean las leyes mercantiles, concretamente el Código de Comercio, respecto a si las pólizas de seguros constituyen o no títulos ejecutivos, pues el artículo 1391 de este ordenamiento legal, en su fracción V, comienza contemplando a esa clase de documentos como de los que traen aparejada ejecución y, por lo tanto, con los cuales se puede tramitar el juicio ejecutivo mercantil, sin embargo, la parte final de dicha fracción señala “...conforme a la Ley de la Materia...”, con lo que deja en una completa incertidumbre a los gobernados respecto a si constituyen o no títulos ejecutivos, pues no es clara, sino que nos remite a consultar diversos ordenamientos legales, como lo son la Ley sobre el Contrato de Seguro y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para determinar si los citados documentos traen aparejada ejecución o no, lo que a mi juicio crea gran confusión en todas aquellas personas que no son peritos en materia legal (abogados), pues no tienen los conocimientos y experiencia necesaria para analizar e interpretar los citados ordenamientos legales, a fin de determinar a ciencia cierta respecto a la ejecutividad de las pólizas de seguro.

Lo cierto es que las pólizas de seguro, según las leyes de la materia, no traen aparejada ejecución, ya que no existe disposición alguna a lo largo de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que así lo establezcan.

Las pólizas de seguro se integran de las siguientes partes⁴³:

⁴³ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús; La Institución del Seguro en México, Ed. Porrúa, págs. 139-141.

- i **La carátula de la póliza:** consistente en el documento a través del cual se especifica el número de la póliza, ramo, coberturas, sumas aseguradas, deducibles, datos del contratante y/o asegurado, vigencia de la póliza, forma de pago, y en algunos casos, como en los seguros de vida o de daños, los beneficiarios.
- ii **Condiciones generales:** son las que reflejan el conjunto de principios básicos que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad, estableciendo normas relativas a la extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de recibos, y en sí todas las cláusulas que regulan la relación contractual entre la empresa aseguradora y el asegurado o sus beneficiarios.

Por disposición del artículo 7° de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las condiciones generales del seguro deberán figurar en el formulario que la empresa aseguradora pone a disposición del futuro contratante o asegurado para que éste presente a aquella la oferta de contratación del seguro del ramo de que se trate.

- iii **Endosos:** son las cláusulas adicionales que se agregan a la póliza y en las que se establecen los riesgos cubiertos que en determinadas y específicas circunstancias pueden quedar excluidos de las coberturas contratadas o que modifican, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y que deben señalarse en términos claros y precisos, formando parte del contrato.

Estas modificaciones o adiciones al contrato de seguro sólo podrán llevarse a cabo entre el asegurado y la compañía de seguros, careciendo de facultades para ello los agentes o demás personas que no estén autorizados expresamente por la aseguradora.

El artículo 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, prevé la existencia de estas cláusulas adicionales fuera de la póliza, y al igual que en el caso de la póliza, los endosos tampoco requieren de la firma del asegurado o contratante, lo cual, insisto, es una deficiencia de la ley de la materia que requiere una reforma, a efecto de evitar mayores controversias entre las partes, sobre lo que abundaré en los capítulos subsecuentes.

- iv **Notas de cobertura, carta cobertura o cubierta provisional:** son los documentos en que se hace constar una cobertura que otorga la compañía aseguradora hasta en tanto emite la póliza solicitada.

2.7.- EL COASEGURO, REASEGURO, CONTRASEGURO Y DOBLE SEGURO.

En materia de seguros existen cuatro instituciones importantes que debemos analizar, las cuales se encuentran plenamente reconocidas por la ley y que sin ellas sería prácticamente imposible el desarrollo de la actividad aseguradora, siendo estas las siguientes:

2.7.a.- EL COASEGURO.

Toda persona que tenga interés en asegurar determinado riesgo, podrá voluntariamente celebrar diversos contratos de seguro con distintas empresas aseguradoras para dividir entre todas ellas ese riesgo, de esta forma el asegurado podrá exigir de cada una de dichas empresas la indemnización que le corresponda por la parte del riesgo que se obligó a cubrir cada una de ellas. Este seguro recibe el nombre de coaseguro.

Las sumas aseguradas por cada aseguradora no deben por ningún motivo sobrepasar el valor asegurado, ya que el asegurado solo busca repartir el riesgo entre varios aseguradores celebrando un contrato con cada uno, siendo el mismo riesgo y un único interés asegurable.

De conformidad con el artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se entiende por coaseguro: *"...la participación de dos o mas empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado."*

También existe lo que se conoce en los contratos de seguro como la cláusula de coaseguro, la cual no es otra cosa que una expresión de que el asegurado deberá absorber en cierta medida (generalmente fijada en porcentaje), el costo de la reparación del daño o indemnización que se deba pagar por la actualización del riesgo cubierto por la póliza. Por ejemplo, en un seguro de gastos médicos mayores, el coaseguro usualmente se fija en un 10% del costo total de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, de modo tal que la empresa aseguradora únicamente tendrá la obligación de responder por el 90% del monto de dichos gastos.

2.7.b.- EL REASEGURO.

De las diversas definiciones o acepciones que la doctrina da al reaseguro, podríamos llegar a confundir a esta figura con el coaseguro, pues en ambas se prevé el supuesto de contratar con diversas aseguradoras la cobertura de un mismo riesgo, sin embargo,

la distinción entre una y otra es evidente, pues en el coaseguro es el mismo asegurado el que por mutuo propio decide repartir el riesgo entre dos o más instituciones de seguros, quienes deberán responder en caso de siniestro hasta por el monto total de la obligación asumida por cada una de ellas, y en el reaseguro es la propia compañía aseguradora la que contrata con otra u otras instituciones un seguro que le ayude a cumplir con su obligación de pago en caso de actualizarse el riesgo cuya cobertura contrató el asegurado.

La institución del reaseguro es entonces una forma en que la compañía aseguradora garantiza al asegurado la cobertura del riesgo sin que se vean rebasada su capacidad de responder, aún y cuando el monto de la suma asegurada sea excesivamente grande.

El reaseguro es una figura jurídica casi tan antigua como el seguro mismo, señala el Licenciado Omar Olvera de Luna⁴⁴, que surgió como una necesidad tanto para las empresas como para los asegurados, pues en un inicio, cuando esta figura no existía, los aseguradores llegaban a no aceptar más responsabilidades que las que podían soportar atendiendo a sus capacidades financieras, pero a través del tiempo y habida cuenta de que existen riesgos que son excesivamente grandes para que un solo asegurador pueda absorberlos, hubo que aceptar como benéfica desde todos los puntos de vista a la institución del reaseguro, que, como ya se dijo, es la garantía que tiene el asegurador contra las pérdidas que excedan de la cantidad fijada como máximo de su capacidad económica para hacer frente al pago de siniestros.

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo 10, define al reaseguro como: “...*el contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo.*”.

De conformidad con el artículo 37 del citado ordenamiento legal, las instituciones de seguros deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguros y reaseguro, agregando que: “...*Los excedentes que tengan las instituciones sobre sus límites de retención en un solo riesgo asegurado deberán distribuirlos mediante su cesión a través de reaseguro, a instituciones autorizadas o reaseguradoras extranjeras cuando estas últimas cumplan con los requisitos a que se refiere el artículo 27 de la citada ley.*”

A diferencia del coaseguro, en el que cada empresa aseguradora debe responder de la obligación que asumió a su cargo, en el reaseguro, la única responsable ante el asegurado lo es la compañía ante quien se contrató el seguro, y no así las empresas reaseguradoras,

⁴⁴ Olvera de Luna, Omar, op. Cit., Pág. 178.

quienes únicamente tendrán la obligación de responder ante la empresa aseguradora titular. Lo anterior de conformidad con el artículo 18 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En el sistema de seguros modernos, debemos considerar al reaseguro como un elemento fundamental para el desarrollo de la actividad aseguradora en términos de mayor rendimiento, efectividad y seguridad. El reaseguro es, en principio, un factor de división y reparto de riesgos, sin el cual las empresas de seguros no podrían realizar su cometido, de ahí que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo 37, establezca que los excedentes que las empresas de seguros tengan sobre sus límites máximos de retención deben ser reasegurados con instituciones de seguros autorizadas para operar en el país o con reaseguradores extranjeros que cuenten con la calificación mínima que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los especialistas en el tema, como los licenciados Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores y Eduardo Álvarez Ferreira, coinciden en cuanto a que el asegurador directo que no cuente con una buena plantilla de reaseguradores tendrá una capacidad de cobertura mínima y su negocio puede convertirse en una actividad peligrosa que puede llevarlo a la ruina.

Con la figura del reaseguro, obviamente no solo las empresas aseguradoras se verán beneficiadas, sino también los asegurados, ya que tendrán una garantía más del pago de sus indemnizaciones, además de que se aumenta la solidez de las empresas de seguros.

2.7.c.- EL CONTRASEGURO.

Como su nombre lo indica, es una contraprestación que las compañías de seguros otorgan a los asegurados en determinados seguros, obligándose a reintegrar al contratante una cantidad determinada de dinero si se actualizan los supuestos previamente establecidos.

El artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece que se entiende por contraseguro: *"...el convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga a reintegrar al contratante las primas o cuotas satisfechas o cubiertas, cuando se cumplan determinadas condiciones."*

El ejemplo más claro del contraseguro se presenta en el seguro de vida, en el que las compañías aseguradoras se obligan a reintegrar al asegurado una parte proporcional de las primas pagadas, más el interés generado por estas, si cumplida determinada edad el contratante no fallece.

2.7.d.- DOBLE SEGURO.

Esta institución definitivamente no la considero como de vital existencia para el debido desarrollo y desempeño de la actividad aseguradora, sin embargo, si estimo importante su estudio en este tema de tesis dado a que se presenta constantemente en la práctica.

Es la situación que se actualiza cuando sobre el mismo objeto existen dos o más seguros del mismo tipo, cubriendo el mismo interés, contra el mismo riesgo, por el mismo plazo y con distintas compañías aseguradoras, de modo tal que si se produjera la pérdida de dicho objeto a consecuencia de un siniestro, las indemnizaciones conjuntas debidas por las distintas aseguradoras sobrepasarían el valor real de los objeto y serían, por tanto, causa del lucro para el asegurado.

Si esta situación se actualiza en un seguro de daños, cada una de las aseguradoras concurrentes sólo debe pagar la parte proporcional del capital asegurado en la correspondiente póliza, sin que el conjunto de sus respectivas indemnizaciones sobrepase el valor real de los daños producidos por el siniestro, y si pagase por encima de su parte proporcional, podrá exigir una contribución, de los demás aseguradores por el exceso de lo que realmente le corresponda.

No puede confundirse al doble seguro con el coaseguro por el hecho de que en ambos se dé la concurrencia de seguros, pues en la segunda, si bien existen varios contratos sobre el mismo objeto, el importe total asegurado no sobrepasa el valor de dicho objeto, además, el doble seguro es permisible en los seguros sobre la vida, por la propia indeterminación del valor del objeto asegurado, que no puede limitarse económicamente.

2.8.- FORMAS DE TERMINACIÓN DEL SEGURO.

Como en prácticamente todo contrato, las forma de terminar el seguro son múltiples, tales como la expiración del plazo fijado en el contrato, el convenio expreso, la nulidad, la resolución y la rescisión.

En este caso únicamente me abocaré a detalle al estudio de las últimas tres formas mencionadas (la nulidad, la resolución y la rescisión), por considerarlas las más importantes y porque las primeras dos no merecen mayor explicación que la dada por su propia denominación.

2.8.a.- LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

Primero que nada hay que determinar que se entiende por nulidad. De conformidad con lo dispuesto por los artículos 1795, 2225 y 2228 del Código Civil Federal⁴⁵, por nulidad debemos entender la ineficiencia de un acto jurídico como consecuencia de la ilicitud de su objeto o de su fin, de la carencia de los requisitos esenciales exigidos para su realización, como la capacidad legal de cualquiera de las partes, o por la falta de algún vicio de la voluntad en el momento de su celebración, y para tal fin es necesario ejercitar la acción de nulidad para alcanzar el reconocimiento y declaración de nulidad del acto jurídico determinado.

En efecto, los preceptos legales mencionados establecen expresamente lo siguiente:

“Artículo 1795.- El contrato puede ser invalidado:

I.- Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas;

II.- Por vicios del consentimiento:

III.- Porque su objeto, o su motivo o fin sea ilícito; y

IV.- Por que el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley establece.”

“Artículo 2225.- La ilicitud en el objeto, en el fin o en la condición del acto produce su nulidad, ya absoluta, ya relativa, según lo disponga la ley.”

“Artículo 2228.- L a falta de forma establecida por la ley, si no se trata de actos solemnes, así como el error, el dolo, la violencia, la lesión y la incapacidad de cualquiera de los autores del acto, produce la nulidad relativa del mismo.”

Por su parte, la Ley sobre el Contrato de Seguro únicamente prevé expresamente como causales de nulidad las precisadas en sus artículos 45, 88, 156 y 158, que disponen:

“Artículo 45.- El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por

⁴⁵ Código Civil Federal, Editorial Sista, abril 2001.

convenio expreso de las partes contratantes. 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."

"Artículo 88.- El contrato será nulo si en el momento de su celebración, la cosa asegurada ha perecido o no puede seguir ya expuesta a los riesgos..."

"Artículo 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada."

"Artículo 158.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo..."

No obstante, atento a lo dispuesto por el Código Civil Federal, de aplicación supletoria, el contrato de seguro también será nulo cuando exista dolo o el error involuntario del asegurado al omitir o declarar falsamente los hechos que le permitan a la aseguradora apreciar debidamente el riesgo, ya que esta situación hará que la institución financiera contrate con base en situaciones falsas, es decir, viciándose su consentimiento, lo que es una causal legal de nulidad de cualquier acto jurídico.

Al respecto la Suprema Corte de justicia de la Nación ha establecido los siguientes criterios:

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 acudir 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 acudir 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. 5 votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas. Séptima Época. Cuarta Parte: Volúmenes 175-180, pág. 145. Amparo directo 8453/81. Frieda Borghardt Cisneros vda. de Setzer. 5 de octubre de 1983. 5 votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas.

NOTA: En la publicación original esta tesis apareció con la siguiente leyenda: "Véase: Séptima Época, Cuarta Parte: Volumen 71, págs. 39, 41 y 43." Instancia: Tercera Sala Fuente: Semanario Judicial de la Federación Parte : 175-180 Cuarta Parte. Página: 203

2.8.b.- LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Tanto en la práctica como en la doctrina, se ha establecido que los términos rescisión y resolución tienen en apariencia un mismo significado.

En materia de seguros, la legislación vigente distingue dichas figuras jurídicas, estableciendo cuando un contrato de seguro es rescindible y cuando procede su resolución.

El artículo 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro admite la terminación de la relación contractual a través de la resolución, es decir, en forma unilateral, al establecer: *“Si el riesgo deja de existir después de la celebración del contrato, 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 exigir el reembolso de los gastos.”*

Un ejemplo clásico de la resolución de un contrato de seguro, se da constantemente en los seguros de daños, concretamente en los de automóviles, en los que generalmente la cobertura del daño se contrata por un año, sin embargo, a escasas horas, días o meses de la contratación, el vehículo asegurado se vende o se ve involucrado en un siniestro que lo deja en lo que se conoce en el medio como “pérdida total”. En ambos casos el asegurado tendrá el derecho de solicitar la resolución del contrato de seguro y, por lo tanto, que se le restituya la parte proporcional de la prima pagada no devengada.

De lo expuesto podemos concluir que la diferencia entre la resolución y la rescisión, en materia de seguros, estriba en que, para la primera, no resulta indispensable la culpa o incumplimiento de una de las partes, y en la segunda figura jurídica sí, tal y como se expondrá en el apartado siguiente.

2.8.c.- LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Definitivamente es una de las formas de terminar con el contrato de seguro que mayor atención requiere, pues me atrevo a decir que es una de las más complejas que prevé la ley, dada las múltiples causas que pueden dar motivo a que se actualice la misma.

El significado de rescisión alude a la terminación anticipada del contrato, en virtud del incumplimiento imputable a una de las partes respecto de las obligaciones a su cargo.

Los efectos o consecuencias de la acción rescisoria son:

- i Efecto retroactivo, es decir, efecto restitutorio que consiste en volver las cosas a su estado anterior, cuando ello es posible, si no se trata de actos consumados o de tracto sucesivo, mediante la restitución de las prestaciones. Este efecto restitutorio lo establece el artículo 2239, del Código Civil Federal de aplicación supletoria.

- ii Efecto liberatorio del contratante perjudicado por el incumplimiento de su contraparte, quien a su vez tendrá derecho de exigir de éste el resarcimiento de los daños y perjuicios que se le hubieren causado con el incumplimiento.

En materia de seguros, los efectos de la rescisión del contrato de que se trate (vida, daños, gastos médicos, etc.), darán lugar a la pérdida de vigencia de los efectos de una póliza en virtud de determinadas causas, tales como:

- i La falta de pago de la prima (artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro);
- ii Omisiones o inexactas declaraciones del asegurado (artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro);
- iii La agravación o alteración del riesgo (artículos 52 y 63 de la Ley sobre el Contrato de Seguro);
- iv Si se omite el aviso inmediato del siniestro (artículo 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro);
- v La falsa declaración de la forma en que acaeció el siniestro (artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro);
- vi El cambio de propietario del bien asegurado en caso de seguro de daños (artículo 107 de la Ley sobre el Contrato de Seguro); y
- vii La inexacta indicación de edad en el caso que señala el artículo 160 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Las causales mencionadas en los incisos que anteceden darán derecho a la empresa aseguradora a rescindir de pleno derecho el contrato de seguro, con la simple obligación de notificarle su determinación al asegurado dentro del plazo de quince días.

Es importante señalar que a lo largo de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no existe disposición alguna que prevea una causal de rescisión a favor del asegurado, es decir, de la que éste pueda echar mano en caso de incumplimiento por parte de la compañía aseguradora a las obligaciones a su cargo. Sólo existe una disposición en dicho ordenamiento legal que prevé lo relativo a la rescisión del contrato de seguro ejercida por el asegurado, siendo ésta el artículo 127, relativo al seguro de incendio, que establece: “*Después del siniestro, cualquiera*

de las partes podrá rescindir el contrato con previo aviso de un mes, pero en caso de que la rescisión provenga del asegurado, la empresa tendrá derecho a la prima por el periodo en curso.”.

Como puede verse de la transcripción anterior, la rescisión del contrato de seguro contra incendio que podrá exigir el asegurado, no deriva de un incumplimiento a las obligaciones por parte de la compañía aseguradora, sino simplemente de la realización del siniestro o riesgo protegido por la póliza, lo que a mi consideración implica un deficiente empleo de dicha figura jurídica de terminación de los contratos, pues como ya se dijo en párrafos anteriores, la rescisión alude a la terminación anticipada del contrato, en virtud del incumplimiento imputable a una de las partes respecto de las obligaciones a su cargo.

Para una mejor comprensión de las causales que pueden dar lugar a la rescisión, deberá entenderse que:

- i La agravación esencial del riesgo supone hechos posteriores, durante el curso del seguro, que hayan producido nuevo estado de cosas distinto al que exista al celebrarse el contrato;
- ii La inexactitud, es la falta de veracidad en las declaraciones del asegurado o del tomador del seguro respecto de las circunstancias que conoce o que debe conocer y que pudiesen influir en la valoración del riesgo, materializándose mediante una exposición incorrecta, imprecisa o inexacta, efectuada por el asegurado o contratante, respecto al objeto asegurado;
- iii El aviso inmediato del siniestro deberá darse a más tardar dentro de los 5 días siguientes al en que el asegurado tuvo conocimiento del siniestro; y
- iv La omisión, es la ocultación efectuada por el solicitante al exponer la naturaleza o características de los riesgos que desea cubrir siendo esta la causa de rescisión del contrato de seguro y, en consecuencia, la pérdida del derecho a la indemnización.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato de seguro por omisiones o inexactas declaraciones 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, y
- v Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo, la empresa celebra el contrato. Esta regla no aplicara si de conformidad con las otras condiciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado, y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos (artículo 50 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

CAPITULO TERCERO

LOS CONFLICTOS EN MATERIA DE SEGUROS.

Considero que gran parte de las controversias que se suscitan en materia de seguros son ocasionadas por las deficiencias que presenta la legislación en esta rama del derecho mercantil, lo que será analizado más a detalle en el siguiente capítulo; por ahora me ocuparé de mencionar y analizar los tres diferentes tipos de posibles procedimientos que contemplan nuestras leyes para dirimir cualquier tipo de controversia que se presente entre los asegurados y las empresas aseguradoras, siendo estos:

- a) El conciliatorio;
- b) El arbitral; y
- c) El judicial.

3.1.- EL PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.

La conciliación se ha definido como: *“La avenencia que sin necesidad de juicio de ninguna clase, tiene lugar entre partes que desisten acerca de sus derechos en un caso concreto, y de las cuales, una trata de entablar un pleito contra la otra.”*⁴⁶.

En lo personal, al igual que el jurista Don Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, considero que esa definición no es del todo exacta, porque también puede haber conciliación cuando las dos partes quieran demandarse mutuamente, y no cuando sólo una de ellas lo pretenda hacer, y porque nuestra legislación también permite los arreglos conciliatorios aún ya iniciado un juicio.

Todo parece indicar que en nuestro derecho la conciliación constituye una atribución más de la función pública, pues son órganos gubernamentales los que se encargan de llevar a cabo y de que se cumpla con esa institución, tales como los Tribunales Superiores de Justicia de la Nación y de cada Estado, las Juntas de Conciliación y Arbitraje, la Procuraduría Federal del Consumidor, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, entre otras.

⁴⁶ Diccionario de Derecho Procesal Civil. Ed., Porrúa, México, 1994, Vigésima primera edición.

En materia de seguros, el órgano encargado de los procesos conciliatorios lo es la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

En efecto, toda persona que tenga algún tipo de reclamación contra una compañía aseguradora, derivada del incumplimiento de un contrato de seguro, deberá acudir ante la CONDUSEF a plantear su inconformidad, ya sea para que se dirima esta de manera conciliatoria o a través de un procedimiento arbitral previsto en la propia ley que regula a dicho organismo (Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros), o bien para que se dejen a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes.

Señala el artículo 11, fracción III, de la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros⁴⁷, lo siguiente:

“Artículo 11.- La Comisión Nacional está facultada para:

.....
III. Llevar a cabo el procedimiento conciliatorio entre el Usuario y la Institución Financiera en los términos previstos en esta Ley, así como entre una Institución Financiera y varios Usuarios, exclusivamente en los casos en que éstos hayan contratado un mismo producto o servicio, mediante la celebración de un solo contrato, para lo cual dichos Usuarios deberán apegarse a lo establecido en el último párrafo del artículo 63 de esta Ley;

.....”

Por su parte, el artículo 60 del mismo ordenamiento legal en comentario⁴⁸, señala que:

“Artículo 60.- La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos.

.....”

Como puede observarse de las transcripciones que anteceden, la CONDUSEF es el organismo público “facultado” para llevar a cabo el procedimiento conciliatorio entre el

⁴⁷ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

⁴⁸ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

usuario (el asegurado) y la institución financiera (la compañía aseguradora), con el propósito de proteger los intereses del primero.

Ahora bien, antes de iniciar el análisis del procedimiento conciliatorio, es importante conocer cuáles son los pasos a seguir previos a la citada instancia ante la CONDUSEF.

Señala el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro⁴⁹ que:

“Artículo 66.- 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.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

De la transcripción que precede, tenemos que el asegurado o el beneficiario del seguro, deberán dar aviso inmediato a la compañía aseguradora de la realización del siniestro, estableciendo que la comunicación deberá hacerse por escrito y a más tardar dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que se tuvo conocimiento del acontecimiento, a menos que en el contrato se hubiere pactado otra cosa.

En muchos casos las aseguradoras reducen dicho plazo, exigiendo a sus clientes que el aviso se efectúe a más tardar al tercer día de presentado el siniestro. Dicho pacto generalmente se hace constar en las condiciones generales de la póliza.

Cabe señalar que la falta de aviso oportuno a que me he referido en los párrafos anteriores, no da derecho a la aseguradora de eximirse de su obligación de pago de la indemnización que resulte, salvo que se demuestre plenamente que el asegurado dolosamente ocultó la información del siniestro con la intención de impedir que se comprueben las circunstancias en que se originó o se presentó este, con base en los términos de lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En caso contrario, es decir, si no existió dolo por parte del asegurado, la falta de aviso oportuno del siniestro sólo dará derecho a la compañía aseguradora a reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiera hecho oportunamente, de conformidad con el artículo 67 del citado ordenamiento legal.

⁴⁹ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

Un ejemplo claro de lo anterior lo podemos ver fácilmente en el seguro de daños, concretamente en el seguro de automóviles, en el que el vehículo asegurado es robado y el beneficiario omite dar el aviso inmediato a la compañía aseguradora. En este caso, la obligación que tiene la aseguradora de pagar al beneficiario la indemnización que le corresponda, no desaparecerá por la falta de aviso oportuno, sin embargo sí se verá reducida al monto que hubiera pagado a la fecha del siniestro, pues podría darse el caso que a la fecha del aviso el costo del automóvil siniestrado fuera mucho mayor al que tenía en la fecha en que se lo robaron.

Una vez efectuado el aviso del siniestro a la compañía aseguradora, y habiéndose entregado a esta toda la documentación e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación del pago de la indemnización, la institución financiera contará con un plazo no mayor a treinta días para hacer pago del crédito resultante del siniestro (ver artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Si tomamos el mismo caso del robo del vehículo asegurado, la documentación indispensable que el asegurado deberá entregar a la compañía aseguradora para efectos del estudio y, en su caso, pago de la reclamación, son: a).- la factura del automóvil, b).- los últimos cinco comprobantes de tenencia pagadas, y c).- el acta de robo levantada ante el Ministerio Público y la Policía Federal de Caminos. Fuera de dicha documentación el beneficiario de la póliza no estará obligado a entregar mayor información ni elementos comprobatorios a la compañía de seguros.

Si pasados los treinta días de que habla el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no se ha recibido el pago por parte de la aseguradora, o bien si antes de dicho plazo ésta emitió su dictamen de negativa de pago o de improcedencia de la reclamación, entonces el asegurado o beneficiario, según sea el caso, podrá acudir en queja ante la CONDUSEF, solicitando el pago de la indemnización que le corresponda a través de este organismo público, con lo que se dará inicio al procedimiento conciliatorio.

El derecho para presentar la reclamación en comento podrá ejercerse a más tardar dentro del año siguiente al en que tuvo verificativo el hecho que les dio origen, esto es, si la reclamación consiste en que la compañía aseguradora negó al asegurado el pago de una indemnización, el año comenzará a correr a partir del día siguiente a aquél en que la aseguradora comunique al asegurado la negativa de pago.

No entiendo porque la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros limita a un año el plazo para presentar la reclamación ante la CONDUSEF, siendo que el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que el plazo para ejercitar **toda** acción derivada de un contrato de seguro prescribirá en dos años

contados a partir del acontecimiento que les dio origen, y si bien es cierto que la CONDUSEF no se limita a atender casos relacionados únicamente con compañías de seguros, sino también con otras instituciones financieras, como son bancos e instituciones de fianzas, entre otras, que se rigen por disposiciones diversas a la Ley sobre el Contrato de Seguro, y que prevén plazos de prescripción distintos a los de este ordenamiento legal, no menos cierto es que ello no debería ser razón para limitar a la mitad el plazo para poder denunciar ante la CONDUSEF la violación de los derechos de un usuario de un servicio financiero, como lo es el seguro.

En lo personal considero que la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros debería respetar el plazo de prescripción que contempla la Ley sobre el Contrato de Seguro y cada una de las disposiciones que rigen a las demás instituciones financieras que vigila la CONDUSEF, debiendo establecer un plazo de prescripción para cada caso en específico, esto es, si la reclamación a ejercerse deriva de un contrato de seguro, el término para presentarla debería ser de dos años, en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y así para cada una de las demás instituciones financieras, atendiendo a lo que establezca el ordenamiento legal que las rija.

A efecto de que el procedimiento conciliatorio ante la CONDUSEF tenga lugar, como ya se dijo, deberá presentarse la reclamación respectiva, ya sea por comparecencia, escrito o por cualquier otro medio idóneo, debiendo cumplir con los siguientes requisitos:⁵⁰

- i Nombre y domicilio del reclamante;
- ii Nombre y domicilio del representante o persona que promueve en su nombre, así como el documento en que conste dicha atribución;
- iii Descripción del servicio que se reclama, y relación sucinta de los hechos que motivan la reclamación;
- iv Nombre de la Institución Financiera contra la que se formula la reclamación. La Comisión Nacional podrá solicitar a la Secretaría y a las Comisiones Nacionales los datos necesarios para proceder a la identificación de la Institución Financiera, cuando la información proporcionada por el Usuario sea insuficiente, y
- v Documentación que ampare la contratación del servicio que origina la reclamación. La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del Usuario.

⁵⁰ Artículo 63 de la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

La reclamación podrá presentarse ante las oficinas centrales de la CONDUSEF, o bien en la oficina regional que corresponda al domicilio del usuario.

Una vez presentada la reclamación, será admitida a trámite por la CONDUSEF, a través de la Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje, en términos de lo dispuesto por el artículo 19, fracción I, del Reglamento Interior de dicho organismo, quien deberá citar a las partes interesadas a una junta de avenencia o conciliación, la cual deberá tener verificativo dentro de los veinte días hábiles siguientes a la fecha en que se presentó la reclamación.

Al citarse a la compañía aseguradora para que asista a dicha junta conciliatoria, deberá correrse traslado con una copia de la reclamación (misma que deberá ser exhibida por el quejoso al momento de presentar su reclamación), requiriéndola para que rinda un informe respecto de los hechos que fundan la queja a más tardar en la misma junta.

Para algunos juristas, como el Licenciado Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, el informe del que hablé en el párrafo anterior juega un papel muy importante en lo que respecta a la tramitación de la reclamación. Sin embargo, en mi opinión, dicho informe en realidad ningún beneficio brinda al asegurado quejoso, a menos que en él se reconozca la procedencia de la reclamación, pues si bien la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros obliga a las instituciones financieras a que den contestación detallada a todos y cada uno de los hechos que conforman o fundan la reclamación del usuario, no menos cierto es que no existe disposición legal alguna que establezca que lo manifestado en el citado informe no podrá variarse en caso de juicio arbitral o judicial, sino que en sendos procesos la compañía aseguradora tendrá expedito nuevamente su derecho para contestar cada uno de los hechos que funden la demanda respectiva, pudiendo incluso hacer valer cuestiones adicionales o diversas a las contenidas en su informe, pues, se insiste, no existe precepto legal alguno que lo prohíba.

En ese tenor, creo firmemente que el informe en cuestión en materia de seguros, en caso de negativa de la reclamación, no es más que una confirmación del rechazo de pago emitido previamente por las compañías aseguradoras, que ningún efecto jurídico produce en juicio ni en beneficio del asegurado, salvo para que se ordene a la compañías aseguradora la constitución de una reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir y se dé paso a la siguiente etapa o procedimiento para la obtención del pago de la indemnización correspondiente, ya sea a través de un juicio arbitral o de uno judicial, siendo pertinente aclarar que la obligación de constituir dicha reserva técnica no tiene lugar por la rendición del informe en comento, sino por disposición expresa del artículo 50 de la Ley General de

Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros⁵¹, el cual establece expresamente lo siguiente:

“Artículo 50.- Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:

1.- Por pólizas vencidas, por siniestros ocurridos, y por repartos periódicos de utilidades, el importe total de las sumas que deba desembolsar la institución, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, debiendo estimarse conforme a las bases siguientes:

A).- Para las operaciones de vida, las sumas aseguradas en las pólizas respectivas, con los ajustes que procedan, de acuerdo con las condiciones del contrato. En obligaciones pagaderas a plazos, el valor presente de los pagos futuros, calculado al tipo de interés que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Tratándose de rentas, el monto de las que estén vencidas y no se hayan cobrado;

B).- Para las operaciones de daños:

1. - Si se trata de siniestros en los que se ha llegado a un acuerdo por ambas partes, los valores convenidos;

2. - Si se trata de siniestros que han sido valuados en forma distinta por ambas partes, el promedio de esas valuaciones;

3. - Si se trata de siniestros respecto de los cuales los asegurados no han comunicado valuación alguna a las instituciones, la estimación que estas últimas hubieren hecho de esos siniestros. La Comisión Nacional Bancaria y de Seguros queda facultada, en este caso, para rectificar la estimación hecha por las empresas;

C).- Para las operaciones de accidentes y enfermedades se procederá como en las de vida, cuando se trate de capitales o rentas aseguradas por muerte o por incapacidad y como en las de daños en los demás casos;

D).- Si se trata del supuesto del artículo 135 de esta ley, la cantidad que designe la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; y

E).- Para los seguros de pensiones, derivados de las leyes de seguridad social, el monto de las rentas que estén vencidas y no se hayan cobrado.

Las reservas a que se refieren los incisos a), b), c) y e) de esta fracción, deberán constituirse inmediatamente después de que se hayan hecho las estimaciones correspondientes y la reserva a que se refiere el inciso d) conforme a lo dispuesto por el artículo 135 de esta ley.

La Comisión Nacional Bancaria y de Seguros podrá, en cualquier momento, abocarse de oficio al conocimiento de un siniestro y mandar constituir e invertir la reserva que corresponda;

⁵¹ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

II.- Por siniestros ocurridos y no reportados, así como por los gastos de ajuste asignados al siniestro de que se trate, las sumas que autorice anualmente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a las instituciones, considerando la experiencia de siniestralidad de la institución y tomando como base los métodos actuariales de cálculo de cada compañía que en su opinión sean los mas acordes con las características de su cartera.

Estas reservas se constituirán conforme a lo que señale la Secretaria de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general y solo podrán utilizarse para cubrir siniestros ocurridos y no reportados, así como gastos de ajuste asignados al siniestro; y

III.-Por las operaciones de que trata la fracción III del artículo 34 de esta ley, la reserva se calculará teniendo en cuenta los intereses acumulados."

Una vez llegada la fecha señalada para la audiencia de conciliación, y habiendo sido rendido el informe por parte de la compañía aseguradora, se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, y si esto no fuere posible, la CONDUSEF las invitará a que se sometan a un procedimiento arbitral en el que la designen como árbitro, el cual podrá llevarse a cabo en amigable composición o en estricto derecho.

Si las partes no concilian sus intereses ni deciden someterse al arbitraje ante la CONDUSEF, entonces se les dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes. Lo mismo ocurrirá si el quejoso no asistiera a la audiencia de conciliación y no acreditara dentro de los diez días siguientes la causa justificada de su inasistencia.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 68, fracción X, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, concluida la audiencia de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a una amigable composición, la CONDUSEF ordenará la constitución de la reserva técnica o pasivo contingente derivado de la reclamación, estableciendo que dicha reserva no podrá ser cancelada sino hasta después de transcurridos ciento ochenta días sin que el asegurado hubiese presentado su demanda ante los tribunales o no dé inicio al procedimiento arbitral.

El artículo 72 de la misma ley antes mencionada⁵², establece que la reserva técnica también podrá cancelarse en los siguientes casos:

- i Cuando haya sido decretada la caducidad de la instancia;

⁵² Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

- ii Cuando se declare procedente la excepción superveniente de prescripción;
- iii Cuando la preclusión sea procedente; o
- iv Cuando se dicte sentencia definitiva que haya causado ejecutoria en la que se absuelva a la institución financiera de las prestaciones reclamadas.

Al ordenarse la constitución de la reserva técnica, la CONDUSEF deberá tomar en cuenta que de los antecedentes de la reclamación no se desprenda que esta resulta a todas luces improcedente, y que el monto de la citada reserva no sea mayor al importe de la suma asegurada del seguro de que se trate.

El hecho de que la CONDUSEF tenga la obligación de tomar en cuenta que la reclamación no sea a todas luces improcedente para ordenar la constitución de la reserva técnica, no quiere decir que el que se decreta la constitución de la misma implique que se prejuzgue sobre la procedencia de la reclamación, situación que solo se puede determinar hasta la conclusión del procedimiento que se ventile, ya sea arbitral o judicial.

La reserva técnica no es más que una forma de garantizar al asegurado que en caso de resultar procedente su reclamación se le va a hacer el pago de la suma que en derecho le corresponda, sin que dicha garantía pueda ser considerada como un embargo precautorio, porque para ello sería necesario que fuera decretado por un tribunal judicial, lo que no acontece en la especie.

La constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, en caso de reclamaciones, a mi parecer, sí juega un papel muy importante en el procedimiento conciliatorio, pues, como ya se dijo, constituye un mecanismo ideado por el legislador para garantizar de manera precautoria el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las empresas aseguradoras asumidas mediante un contrato de seguro, porque subsiste mientras se resuelve en definitiva un conflicto suscitado entre asegurado y aseguradora.

Gran controversia causó en su momento la obligación legal impuesta a las aseguradoras respecto a la constitución de la reserva técnica, pues las instituciones financieras consideraban que tal orden u obligación se traducían en una privación definitiva e irreparable a su patrimonio sin que antes mediara juicio en el que hubiesen resultado vencidas, causándoles daños de difícil reparación y que además les impedía o dificultaba en gran medida el cumplimiento de otras obligaciones contraídas con sus demás asegurados, debida la falta de recursos ocasionada por el desfaldo patrimonial causado por la constitución de la reserva, por lo que se promovieron múltiples amparos en contra de la determinación legal en comento,

solicitando la suspensión del acto reclamado, consistente en la orden de constitución de la multitudada reserva técnica, para el efecto de que se les eximiera de hacerlo.

Al respecto, se emitieron dos criterios jurisprudenciales completamente distintos entre sí, uno por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, que consideraba que de concederse a las aseguradoras la suspensión provisional contra la orden de la constitución de la reserva técnica, no se violentaría el interés social ni se contravendrían disposiciones de orden público; y el otro por el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, quien consideraba completamente lo contrario, es decir, que de concederse a las aseguradoras la suspensión provisional contra la orden de la constitución de la reserva técnica, sí se violentaría el interés social y se contravendrían disposiciones de orden público.

La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, mediante resolución del 12 de noviembre de 1990, resolvió la contradicción de tesis sustentada entre dichos Tribunales Colegiados de Circuito, declarando que debe prevalecer la tesis sustentada por el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, en el sentido de que la orden para constituir e invertir la reserva técnica, no causa perjuicio al interés social ni contraviene disposiciones de orden público, por lo que no procede conceder la suspensión definitiva ni provisional en contra del referido acto.

Dada su importancia en el tema, a continuación se transcriben las tesis sustentadas por los tribunales mencionados, así como la jurisprudencia por contradicción de tesis invocada, como sigue:

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Parte : II Segunda Parte-2

Página: 570

SUSPENSION IMPROCEDENTE. CONSTITUCION E INVERSION DE RESERVA PARA OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR. *No debe otorgarse la suspensión contra el cumplimiento de una orden dictada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, consistente en que una empresa aseguradora constituya e invierta reserva para garantizar obligaciones pendientes de cumplir, pues de concederse dicha medida se sigue perjuicio al interés social y se contravienen disposiciones de orden público, lo que se encuentra prohibido en la fracción II del artículo 124, de la Ley de Amparo, ya que conforme a lo dispuesto en los artículos 50, fracción I, inciso d), 55, fracción II y 135, fracción I, inciso c), de la Ley General de Instituciones de Seguros, la*

reserva por obligaciones pendientes de cumplir constituye un mecanismo ideado por el legislador para garantizar de manera precautoria el cumplimiento de las obligaciones a cargo de la empresa, por virtud de la celebración del contrato de seguro; además, la inversión de la reserva no causa daños ni perjuicios de difícil reparación, ya que no se trata de una privación definitiva de los bienes de la empresa aseguradora, sino de una indisponibilidad temporal sujeta al resultado del procedimiento. QUINTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Incidente en revisión 2545/88. Seguros Olmeca, S.A. 8 de diciembre de 1988. Unanimidad de votos. Ponente: Pedro Esteban Penagos López. Secretaria: Zara Gabriela Martínez Peralta.

*Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
Parte : I Segunda Parte-2
Página: 698*

SUSPENSION. DEBE NEGARSE RESPECTO DE LOS EFECTOS DE LA ORDEN DICTADA A UNA EMPRESA DE SEGUROS PARA LA CONSTITUCION E INVERSION DE UNA RESERVA PARA OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR. (INTERPRETACION DE LOS ARTICULOS 50, FRACCION I INCISO D), 55, FRACCION II Y 135, FRACCION I, INCISO C) DE LA LEY DE INSTITUCIONES REGULADORAS DE LA RESERVA). *Con arreglo a lo dispuesto por los artículos 50, fracción I, inciso d), 55, fracción II y 135, fracción I, inciso c), de la Ley General de Instituciones de Seguros, reguladores de la reserva, la relativa a obligaciones pendientes de cumplir constituye un mecanismo ideado por el legislador para garantizar de manera precautoria el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las empresas aseguradoras, por virtud de la celebración de un contrato de seguro, en este sentido, la inversión de esta reserva técnica no se traduce en una privación definitiva o irreparable de los bienes de aquéllas, sino tan sólo en una indisponibilidad temporal sujeta siempre al resultado final de procedimiento conciliatorio o contradictorio que se ventile por las partes interesadas, bien ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros o bien ante el Tribunal competente. Sentadas estas premisas, parece claro que los daños y perjuicios que pudiera sufrir la aseguradora con motivo de la inversión de tal reserva técnica no sería siquiera de difícil reparación, en la medida en que, de resultar fundada su acción de amparo en contra de la orden de la comisión,*

recuperaría de inmediato la disposición de los recursos afectados a la reserva, además de los productos derivados de la misma. Precisamente, es atendiendo a la amplitud legal de la aseguradora de recuperar no sólo la suma inicialmente invertida sino también los productos de dicha inversión, que este órgano colegiado estima insatisfecho el requisito previsto en la fracción III del artículo 124 de la Ley de Amparo, pues (por voluntad del propio legislador) tan pronto se declara insubsistente el acto reclamado, la institución se verá resarcida desde luego de los daños o perjuicios que hubiera podido resentir con la constitución de la reserva técnica en cuestión. Por vía de consecuencia, tampoco es cierto que de negarse la suspensión se consumirían irreparablemente los actos reclamados porque, como antes se demostró, el fallo protector que llegará a dictarse tendría por efecto tanto la insubsistencia de la reserva como el reintegro a la aseguradora de la suma invertida y de sus productos. Sólo resta aclarar, a título de mayor abundamiento, que la improcedencia de la medida cautelar también está determinada por la prohibición consagrada en el artículo 124 ya citado, fracción II, ya que de concederse la suspensión se lesionaría el interés general, pues la sociedad está vivamente interesada en que en aras del principio de seguridad jurídica, las aseguradoras garanticen fielmente el cumplimiento de sus obligaciones. **TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.**

Amparo en revisión 733/88. Seguros Constitución, S.A. 26 de abril de 1988. Unanimidad de votos. Ponente: Genaro Góngora Pimentel. Secretaria: Adriana Leticia Campuzano Gallegos.

*Instancia: Segunda Sala
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
Parte : VI Primera Parte
Tesis: 2a./J. 7/90
Página: 129*

SEGUROS. RESERVA TECNICA IMPROCEDENCIA DE LA SUSPENSION CONTRA EL ACUERDO QUE ORDENA SU CONSTITUCION. La reserva técnica forma parte del mecanismo establecido por el legislador para constatar en todo tiempo el funcionamiento financiero de las aseguradoras; los artículos 73, 74 y 75 de la Ley General de Instituciones de Seguros imponen como obligación que las reservas deben constituirse sin deficiencias, para mantener la operación de las sociedades dentro de las proporciones legales, estableciéndose que el incumplimiento de dicha obligación provoca la cancelación de la

concesión, dicho servicio es de orden público pues tal naturaleza se establece en el artículo 29 de la citada ley, por ello, la propia sociedad está interesada en que las aseguradoras se organicen y funcionen en los términos de la ley respectiva y fundamentalmente que cuenten con los medios necesarios para encauzar prudentemente el manejo de sus recursos, pues de otra manera, la intención previsoras de quien contrató el seguro se vería reducida a una mera expectativa lo que pugna con la finalidad de tal contrato, por lo tanto, la orden de constitución e inversión de la reserva técnica, prevista en la fracción IV de artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas, no es susceptible de suspenderse en el juicio de garantías, pues de concederse tal medida, se seguiría perjuicio al interés social y se contravendrían disposiciones de orden público, pugnando con lo que dispone la fracción II del artículo 124, de la Ley de Amparo.

Contradicción de tesis 9/89. Entre las sustentadas por los Tribunales Colegiados Tercero y Sexto en Materia Administrativa del Primer Circuito al resolver el incidente de suspensión en revisión 1833/88, y el recurso de queja 16/89, respectivamente. 12 de noviembre de 1990. Mayoría 4 votos. Disidente: José Manuel Villagordoa Lozano. Ponente: Atanasio González Martínez. Secretario: Ramón Raúl Arias Martínez. Tesis de jurisprudencia 7/90 aprobada por la Segunda Sala de este alto Tribunal, en sesión privada celebrada el diecinueve de noviembre de mil novecientos noventa. Unanimidad de cuatro votos de los señores ministros: Presidente José Manuel Villagordoa Lozano, Atanasio González Martínez, Carlos de Silva Nava y Fausta Moreno Flores. Ausente: Noé Castañón León. NOTA: Esta tesis también aparece publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, número 36, Diciembre de 1990, pág. 13.

Importante mención merece lo previsto por el artículo 68, fracción VII, segundo y tercer párrafo, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁵³, respecto al dictamen técnico que podrá emitir la CONDUSEF en caso de que no se llegue a una conciliación entre las partes, o bien porque la institución financiera rechace someterse al arbitraje.

En efecto, el numeral en cita establece en su fracción y párrafos antes mencionados, que:

⁵³ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

“Artículo 68.- En el caso de que el usuario presente reclamación ante la Comisión Nacional contra alguna institución financiera, se deberá agotar el procedimiento conciliatorio, conforme a las siguientes reglas:

.....

VII.

En el evento de que la institución financiera rechace el arbitraje o no asista a la junta de conciliación y siempre que del escrito de reclamación o del informe presentado por la institución financiera, se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, la propia Comisión Nacional podrá emitir, previa solicitud por escrito del usuario, un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen técnico, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo;

.....”

El dictamen que emita la CONDUSEF deberá ser tomado en consideración por el tribunal ante quien se ventile el procedimiento judicial respectivo, no como una prueba pericial, ya que no reúne los requisitos de ley para ser considerado como tal, sino como una documental pública, que conforme a lo dispuesto por el artículo 1292 del Código de Comercio, merece valor probatorio pleno, máxime cuando es emitido por especialistas en la materia.

Para la emisión del dictamen en mención se requiere de lo siguiente:

- i La solicitud por escrito del usuario;
- ii Inasistencia de la compañía aseguradora a la audiencia de conciliación o que la misma rechace someterse al arbitraje; y
- iii Existencia de elementos en el escrito de reclamación y/o en el informe presentado por la institución de seguros, que a juicio de la CONDUSEF permitan suponer la procedencia de lo reclamado.

De todo lo anterior, es dable concluir que el procedimiento conciliatorio persigue como fines más importantes, los siguientes:

- i Hacer del conocimiento de la compañía aseguradora la reclamación formal presentada por el asegurado en su contra, a efecto de que ésta rinda un informe detallado sobre los hechos que se le imputan;
- ii Hacer del conocimiento del reclamante el motivo por el cual la compañía aseguradora considera improcedente la reclamación presentada en su contra;
- iii Tratar de avenir a las partes a través de las pláticas que realicen las mismas en la audiencia conciliatoria, ya que en algunas ocasiones la falta de información o comunicación entre los contratantes es lo que motiva las quejas;
- iv En su caso, ordenar la constitución de la reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, a efecto de garantizar al asegurado el pago de su reclamación cuando esta sea declarada procedente; y
- v Evitar la prosecución de un juicio futuro, ya sea arbitral o judicial, a través de la conciliación;
- vi Brindar a los reclamantes la posibilidad de que se emita un dictamen técnico sobre la reclamación, a efecto de que estos demuestren fehacientemente en juicio la procedencia de su reclamación;
- vii Interrumpir la prescripción; y
- viii Dejar a salvo los derechos del reclamante, en caso de no darse la avenencia entre las partes, para que los haga valer ante los tribunales competentes.

Respecto a este último punto es importante mencionar que antes de las reformas practicadas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de fecha 5 de enero del 2000, en la que se derogó el artículo 135 de este ordenamiento legal, entre otros, el agotamiento del procedimiento conciliatorio a que me he venido refiriendo era obligatorio para toda persona que quisiera intentar el ejercicio de la acción judicial en contra de una aseguradora, al establecerse en el artículo 136 de la ley en cita que los tribunales no darían entrada a demanda alguna en contra de una empresa de seguros si el actor en ella no afirmaba, bajo protesta de decir verdad, que previamente había agotado el procedimiento conciliatorio ante la CONDUSEF.

La imposición de dicho requisito previo de procedibilidad de la acción judicial fue declarado inconstitucional por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, estableciendo la siguiente jurisprudencia:

Novena Epoca

Instancia: Pleno

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomo: VI, Julio de 1997

Tesis: P. CXIII/97

Página: 18

SEGUROS, INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE. LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 136 DE LA LEY QUE LAS REGULA, VIOLA EL ARTÍCULO 17 CONSTITUCIONAL, EN TANTO QUE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE AGOTAR UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO ANTES DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES JUDICIALES. *Al disponer la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que "Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior.", limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el segundo párrafo del artículo 17 constitucional, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una institución o sociedad mutualista de seguros a agotar un procedimiento de conciliación ante dicha comisión, que es un órgano administrativo que no ejerce formalmente funciones jurisdiccionales, e impone al actor la sanción adicional de pagar las costas del juicio si no actúa en los términos previstos en el citado precepto, y si bien dichos procedimientos alternativos de resolución de controversias constituyen vías expeditas que aligeran la carga de trabajo de la potestad común, éstas deben ser optativas y no obligatorias, pues todos los gobernados tienen derecho a que se les administre justicia sin obstáculos o trabas, lo que no acontece cuando el legislador establece etapas conciliatorias, no previstas en el texto constitucional, que deben agotarse obligatoria y necesariamente antes de acudir a los tribunales judiciales.*

Amparo directo en revisión 1048/95. Unión de Crédito Agropecuario de Pequeños Productores del Norte de Zacatecas, S.A. de C.V. 20 de marzo de 1997.

Unanimidad de diez votos. Ausente: José Vicente Aguinaco Alemán. Ponente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Secretaria: Angelina Hernández Hernández.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada el veintitrés de junio en curso, aprobó, con el número CXIII/1997, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación es idónea para integrar tesis jurisprudencial. México, Distrito Federal, a veintitrés de junio de mil novecientos noventa y siete.

En mi opinión, aún y cuando ya se derogó el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, sigue existiendo incertidumbre en la ley respecto a si aún resulta obligatorio o no ejercitar previamente a la acción judicial el procedimiento conciliatorio ante la CONDUSEF, pues el artículo 136 de la mencionada ley aún sigue vigente, y en su fracción I se sigue señalando que los tribunales no darán entrada a demanda alguna en contra de una empresa de seguros si el actor en ella no afirmaba, bajo protesta de decir verdad, que previamente había agotado el procedimiento conciliatorio ante la CONDUSEF, y que en cualquier momento que aparezca que no se agotó dicho procedimiento, deberá sobreseerse la instancia.

Considero que si ya se derogó el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, también debería derogarse la fracción I del artículo 136 de la misma ley.

3.2.- EL PROCEDIMIENTO ARBITRAL.

El procedimiento arbitral en materia de seguros que prevé la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, tendrá lugar cuando en la audiencia de conciliación las partes hubiesen acordado someterse a dicho procedimiento y acepten designar como árbitro a la CONDUSEF o alguno de los árbitros propuestos por ésta, sin embargo, considero importante definir lo que es el arbitraje antes de entrar al estudio de la forma o formas en que esté habrá de desarrollarse.

Se ha definido al arbitraje como un medio de solución al litigio, dada por un tercero imparcial, generalmente designado por las partes contendientes o, a falta de consentimiento, por un juez, siguiendo un procedimiento regulado por la ley adjetiva pero menos severo que el proceso judicial, cuya resolución final lleva el nombre de laudo, que se ejecuta por voluntad de las partes o con apoyo necesariamente de la autoridad judicial.⁵⁴

⁵⁴ Diccionario Jurídico Mexicano, Ed. Porrúa, S.A., Tomo I, pág. 199.

Otros juristas hacen una definición menos construida que la anterior, al señalar que es un procedimiento que se tramita ante jueces árbitros y no en los tribunales judiciales previamente establecidos por la ley, en el que los jueces árbitros son particulares o personas morales que conocen de un litigio, lo tramitan y lo resuelven, según lo convenido por las partes o de acuerdo con las prescripciones legales.⁵⁵

Se dice también que el arbitraje significa un procedimiento más rápido que el judicial, menos solemne y formulista que éste y aún más privado o secreto por contraste con el desenvolvimiento del proceso en público.⁵⁶

De todas las definiciones que encontré sobre arbitraje, la que considero mejor es la del Licenciado Cipriano Gómez Lara, quien reconoce al arbitraje como un procedimiento paraprocesal, es decir, que está junto al proceso judicial y se puede considerar como el más cercano al mismo, sin constituir, en rigor, un verdadero proceso jurisdiccional, porque no hay por parte del árbitro el desempeño de una genuina y verdadera función jurisdiccional, como la cumple exclusivamente el Estado, investido de la potestad de imponer el sentido de la resolución por cuyo medio termine el proceso.⁵⁷

Luego entonces, a diferencia del proceso judicial, para que se dé el juicio arbitral, es indispensable que las partes previamente acuerden dirimir sus controversias a través de este proceso. A dicho acuerdo previo se le denomina en materia de seguros como “compromiso arbitral”, que se hace constar mediante un acta levantada ante la CONDUSEF, una vez agotada la audiencia conciliatoria, en la cual las partes aceptan designar como árbitro al citado organismo público o a alguna persona propuesta por éste, señalando el tipo de arbitraje a seguirse.

3.2.1.- TIPOS DE ARBITRAJE EN MATERIA DE SEGUROS.

Según se desprende de los artículos 72 Bis, 72 Ter, 73, 74 y 75 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los posibles tipos de arbitraje a seguirse ante la CONDUSEF, son los siguientes:

- a) El arbitraje en amigable composición;

⁵⁵ Pallares Eduardo, Diccionario de Derecho Procesal Civil, Ed. Porrúa, S.A., 1994, pág. 169.

⁵⁶ Barrios de Angelis, Dante, El juicio arbitral, Montevideo, pág. 61.

⁵⁷ Gómez Lara, Cipriano, Teoría General del Proceso, Colección de Textos Jurídicos Universitarios, Octava Edición, Harla, México, págs. 32 y 33.

- b) El arbitraje en estricto derecho; o
- c) El arbitraje en estricto derecho con reducción de términos.

3.2.1.a.- EL ARBITRAJE EN AMIGABLE COMPOSICIÓN.

Realmente no hay mucho que decir del arbitraje en amigable composición, cuyo fundamento legal lo encontramos en el artículo 73 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, que es del tenor literal siguiente:

*"Artículo 73.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes facultaran, a su elección, a la Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros propuestos por esta, para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada, y fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.
Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral se aplicara supletoriamente el Código de Comercio."*

Según se desprende del numeral antes transcrito, esta clase de arbitraje se caracteriza principalmente por su brevedad, toda vez que son las partes, previa opinión de la CONDUSEF, quienes deben fijar las situaciones y puntos a tratar, es decir, la litis, así como las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje, por lo que pueden libremente convenir sobre el término de prueba y las probanzas que habrán de desahogarse, la etapa de alegatos y el plazo para la resolución de la controversia y dictado del laudo respectivo.

Según el artículo en comento, para todo lo no previsto en el compromiso arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio, y por obvias razones, y por disposición expresa de los artículos 2º y 1054 de este mismo ordenamiento legal, lo dispuesto por el Código Procesal local o federal, según sea el caso.

En lo personal no tengo experiencia litigiosa en esta clase de arbitraje, de hecho no soy muy afecto a dirimir controversias fuera de amigables composiciones o de juicios jurisdiccionales, sin embargo creo que en materia de seguros son varias las ventajas que otorga la ley para optar por esta clase de procesos en cualquiera de sus tres modalidades, pues la CONDUSEF, a diferencia de otros, sí cuenta con facultades de ejecución de los laudos que

emita en materia de seguros, pues de conformidad con lo dispuesto por el artículo 80 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, corresponde a la CONDUSEF adoptar todas aquellas medidas necesarias para el cumplimiento de los laudos que dicte, así como de aquellos emitidos por los árbitros que ésta propuso, y de conformidad con los artículos 82, 83 y 84 del mismo ordenamiento legal invocado, la CONDUSEF podrá hacer cumplir los laudos empleando como medidas de apremio las multas y el auxilio de la fuerza pública, además de que podrá requerir al director general de la institución aseguradora que dé cumplimiento al laudo, pudiendo ordenar en caso de negativa el remate de valores invertidos por la propia aseguradora.

3.2.1.b.- EL ARBITRAJE EN ESTRICTO DERECHO.

Esta clase de arbitrajes encuentra su fundamento en materia de seguros en lo dispuesto por el artículo 74 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuyo texto es del siguiente tenor:

“Artículo 74.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho, las partes facultaran, a su elección, a la Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros propuestos por esta, a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables, y determinaran las etapas, formalidades, términos y plazos a que se sujetara el arbitraje, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 75 de esta ley.”

Como puede observarse de la transcripción que precede, la diferencia entre el arbitraje en amigable composición y el de estricto derecho, estriba únicamente en el hecho de que el segundo debe resolver la controversia en estricto apego a las disposiciones legales aplicables, debiendo respetar como mínimo los plazos y bases que prevé el artículo 75 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁵⁸, cuyo contenido es el siguiente:

Artículo 75.- El procedimiento arbitral de estricto derecho se sujetara como mínimo a los plazos y bases siguientes:

I. La demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles; a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la celebración del convenio, debiendo el actor acompañar al escrito la documentación en que se

⁵⁸ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

funde la acción y las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas;

II. La contestación a la demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles; a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la notificación de la misma, debiendo el demandado acompañar a dicho escrito la documentación en que se funden las excepciones y defensas correspondientes, así como las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas;

III. Salvo convenio expreso de las partes, contestada la demanda o transcurrido el plazo para hacerlo, se dictara auto abriendo el juicio a un periodo de prueba de quince días hábiles, de los cuales los cinco primeros serán para ofrecer aquellas pruebas que tiendan a desvirtuar las ofrecidas por el demandado y los diez restantes para el desahogo de todas las pruebas. Cuando a juicio del arbitro y atendiendo a la naturaleza de las pruebas resulte insuficiente el mencionado plazo, este podrá ser ampliado por una sola vez. Concluido el plazo o la prórroga otorgada por el arbitro, solo les serán admitidas las pruebas supervenientes, conforme a lo previsto en el Código de Comercio;

Se tendrán además como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes;

IV. Los exhortos y oficios se entregaran a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente, para que los haga llegar a su destino, para lo cual tendrá la carga de gestionar su diligenciación con la debida prontitud.

En este caso cuando a juicio del arbitro no se desahoguen las pruebas por causas imputables al oferente, se le tendrá por desistido del derecho que se pretende ejercer;

V. Ocho días comunes a las partes para formular alegatos;

VI. Una vez concluidos los términos fijados, sin necesidad de que se acuse rebeldía, el procedimiento seguirá su curso y se tendrá por perdido el derecho que debió ejercitarse, salvo en caso de que no se presente la demanda, supuesto en el que se dejaran a salvo los derechos del reclamante;

VII. Los términos serán improrrogables, se computaran en días hábiles y, en todo caso, empezaran a contarse a partir del día siguiente a aquel en que surtan efectos las notificaciones respectivas;

VIII. Se aplicara supletoriamente el Código de Comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho Código, se aplicaran las disposiciones del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617, y

IX. En caso de que no exista promoción de las partes por un lapso de mas de sesenta días, contado a partir de la notificación de la ultima actuación, operara la caducidad de la instancia.

En efecto, en el proceso arbitral en estricto derecho, las partes no podrán convenir libremente sobre los plazos para el ejercicio de determinados derechos, como el de presentación y contestación de la demanda, ofrecimiento y desahogo de pruebas, y el correspondiente a la formulación de alegatos de buena prueba, sino que forzosamente deberán respetar o, mejor dicho, no rebasar los términos mínimos y/o máximos que prevé el numeral transcrito.

La CONDUSEF normalmente cuenta con una forma impresa de las bases conforme a las cuales se llevará a cabo el proceso arbitral en estricto derecho, pues se insiste, forzosamente deben de respetarse los plazos máximos y/o mínimos que prevé la ley para cada etapa procesal en específico, de modo tal que esa formas preimpresas agilizan el tiempo para el levantamiento del acta que contendrá el compromiso arbitral, en beneficio tanto de las partes como de la propia CONDUSEF.

Al igual que en el arbitraje en amigable composición, el Código de Comercio, y en su caso, el Código de Procedimientos Civiles del Distrito federal, son supletorios de las disposiciones relativas al arbitraje en estricto derecho, a excepción del artículo 1235 del primero de los ordenamientos en comento, y el 617 para el segundo de los nombrados.

3.2.1.c.- EL ARBITRAJE EN ESTRICTO DERECHO CON REDUCCIÓN DE TÉRMINOS.

En este arbitraje, las partes facultarán a la CONDUSEF a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables determinando las etapas, formalidades y reduciendo los términos previstos en la ley y a los que se sujetará el arbitraje.

La única diferencia entre el arbitraje en estricto derecho y el que ahora se estudia, es que las partes podrán reducir los términos que consideren en la medida que les parezca, como por ejemplo los de presentación y contestación de la demanda, los que podrán reducir de nueve días que contempla el artículo 75 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros a tan sólo cinco días, el de desahogo de pruebas reducirlo de diez a cinco días y el de alegatos de ocho a tres días, a fin de obtener un proceso más rápido y la emisión de un laudo con mayor prontitud.

3.2.2.- PARTES Y ETAPAS PROCESALES EN EL ARBITRAJE EN MATERIA DE SEGUROS.

Las partes que intervienen en todo juicio arbitral seguido ante la CONDUSEF son:

- i La parte reclamante, ahora actora;
- ii La empresa aseguradora, ahora demandada, y
- iii El instructor del procedimiento arbitral, quien deberá actuar con un abogado de la CONDUSEF, quien fungirá como Secretario de Acuerdos para dar fe de las actuaciones.

Ahora bien, aún y cuando el procedimiento arbitral que se sigue ante la CONDUSEF no viene dividido por etapas procesales en la ley, considero que es conveniente dividirlo de esa forma para una mejor comprensión, como sigue:

- a) Demanda;
- b) Contestación de demanda;
- c) La instrucción o dilación probatoria;
- d) Alegatos; y
- e) Laudo.

3.2.2.a.- DEMANDA.

Por cuanto se refiere a esta primera etapa, debo mencionar que el artículo 75, fracción I, de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁵⁹, establece expresamente que:

“Artículo 75.- . . .

I. La demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles; a falta de

⁵⁹ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la celebración del convenio, debiendo el actor acompañar al escrito la documentación en que se funde la acción y las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas.....”

De la transcripción que precede, tenemos que la demanda debe presentarse dentro del plazo que las partes hayan acordado al celebrar el compromiso arbitral, el cual no podrá exceder de nueve días, o en su defecto dentro de los seis días siguientes a la celebración de dicho acto.

Asimismo, de dicha reproducción se desprende que a la demanda deberán acompañarse todas las documentales que el actor tenga en su poder y habrán de servir de prueba durante el proceso, y que de no hacerlo no le será admitida ninguna documental con posterioridad a esta etapa salvo que se trate de pruebas supervenientes.

La Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros nada dice respecto a la deficiencia de la demanda, ya sea por oscura o irregular, de modo tal que se estará a lo dispuesto por el artículo 257 del Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal, el cual establece que si el juez, en este caso el instructor, notare que la demanda es deficiente por cualquiera de las causas antes mencionadas, concederá al actor un plazo máximo de cinco días para que la aclare o corrija, y de no hacerlo se desechará la demanda, lo que en materia de juicio arbitral deberá entenderse como una negativa del usuario a continuar con el procedimiento aludido, por lo que el instructor deberá dejarle a salvo sus derechos para que los haga valer ante los tribunales competentes.

3.2.2.b.- CONTESTACIÓN DE DEMANDA.

El artículo 75, fracción II, de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁶⁰, regula lo relativo a esta segunda etapa del proceso o juicio arbitral, cuyo contenido es el siguiente:

“Artículo 75.- . . .

II. La contestación a la demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles; a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la notificación de la misma, debiendo el demandado acompañar a dicho escrito la documentación en que se funden las excepciones y defensas

⁶⁰ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

correspondientes, así como las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas..."

Como puede verse, la compañía aseguradora contará con un plazo previamente acordado por las partes para dar contestación a la demanda entablada en su contra, el cual no podrá ser mayor a nueve días, y en caso de falta de pacto sobre el particular, el plazo será de seis días, y al igual que en el caso de la demanda, el demandado deberá acompañar a su escrito de contestación todas las documentales que obren en su poder y que deban servirle de prueba durante el juicio, ya que de lo contrario no se le admitirá ninguna documental, a menos de que se trate de prueba superveniente.

Por disposición del artículo 271 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, de aplicación supletoria, el demandado deberá dar contestación a todos y cada uno de los hechos que se le imputan en la demanda, en caso contrario se le tendrá por confeso en sentido afirmativo de todos aquellos hechos que dejare de contestar.

Con la contestación a la demanda, o bien con la confesión ficta que llegare a decretarse, en su caso, quedará debidamente integrada la litis del juicio arbitral, es decir, los puntos o cuestiones sujetos a controversia que estarán sujetos a prueba, con lo cual se procederá a la tercera de las etapas mencionadas con anterioridad, a saber: la instrucción.

3.2.2.c.- LA INSTRUCCIÓN O DILACIÓN PROBATORIA.

Como ya se dijo, esta etapa procesal dará inicio cuando quede debidamente integrada la litis, ya sea que haya contestado la demanda la compañía aseguradora o que se le haya tenida por confesa en sentido afirmativo de todos los hechos que se le imputan por no haber dado contestación en tiempo a la demanda.

En mi opinión, esta etapa procesal no debe tener lugar cuando la parte demandada no dé contestación a la instaurada en su contra, sino que debería pasarse de inmediato a la última etapa procesal, es decir, al dictado del laudo correspondiente, pues es de sabido derecho que el objeto o fin de las pruebas rendidas en cualquier proceso, ya sea arbitral o jurisdiccional, es el de demostrar la procedencia de la acción, en el caso de las ofrecidas por el actor, o las excepciones y defensas, en el caso de las ofrecidas por el demandado, de tal suerte que si el reo no da contestación a la demanda y, por lo tanto, no opone excepción alguna ni controvierte los hechos que se le imputan no hay razón de que se dilate el proceso con la apertura de la instrucción o dilación probatoria, ya que como lo dije en párrafos precedentes, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 271 del Código de Procedimientos Civiles

para el Distrito Federal, de aplicación supletoria, si el demandado no contesta la demanda deberá tenersele por confeso en sentido afirmativo de los hechos que se le imputan, de modo tal que no existiría controversia alguna y, por ende, tampoco habría hecho alguno que estuviera sujeto a prueba.

La etapa de instrucción encuentra su fundamento en el artículo 75, fracciones III y IV, de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁶¹, que dispone lo siguiente:

“Artículo 75.- . . .

III. Salvo convenio expreso de las partes, contestada la demanda o transcurrido el plazo para hacerlo, se dictará auto abriendo el juicio a un periodo de prueba de quince días hábiles, de los cuales los cinco primeros serán para ofrecer aquellas pruebas que tiendan a desvirtuar las ofrecidas por el demandado y los diez restantes para el desahogo de todas las pruebas. Cuando a juicio del arbitro y atendiendo a la naturaleza de las pruebas resulte insuficiente el mencionado plazo, este podrá ser ampliado por una sola vez. Concluido el plazo o la prórroga otorgada por el arbitro, solo les serán admitidas las pruebas supervenientes, conforme a lo previsto en el Código de Comercio;

Se tendrán además como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes;

IV. Los exhortos y oficios se entregaran a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente, para que los haga llegar a su destino, para lo cual tendrá la carga de gestionar su diligenciación con la debida prontitud.

En este caso cuando a juicio del arbitro no se desahoguen las pruebas por causas imputables al oferente, se le tendrá por desistido del derecho que se pretende ejercer...”

De la transcripción anterior, se observa que el instructor después de contestada la demanda o transcurrido el plazo para hacerlo, dictará auto abriendo el juicio a prueba, el cual no podrá exceder de quince días hábiles, de los cuales los primeros cinco serán para el ofrecimiento de pruebas y los diez restantes para su desahogo.

Dicho plazo podrá ser ampliado en los casos que prevé el artículo 1207 del Código de Comercio, de aplicación supletoria, además de que el instructor podrá mandar a desahogar aquellas pruebas que por causas no imputables a las partes no hubiere sido posible

⁶¹ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

desahogarse dentro de la dilación probatoria, debiendo fundar su determinación sobre el particular.

Al ofrecer cualquier prueba las partes deberán dar cumplimiento, primeramente, a lo dispuesto por el artículo 1198 del Código de Comercio, es decir, deberán señalar con claridad los hechos con los que guardan relación y lo que pretenden demostrar con las mismas, exponiendo las razones por las cuales consideran que con ellas demostrarán sus afirmaciones; y posteriormente, a lo que disponga el Código de Comercio para cada probanza en particular, por ejemplo, en el caso de la prueba pericial, el oferente deberá mencionar la ciencia, técnica o arte sobre la que deba versar; el nombre, domicilio y número de cédula del perito o título que lo acredite como tal, en caso de ser legalmente necesario; y por último deberá desarrollar el cuestionario o puntos sobre los que habrá de emitirse el dictamen. Si las partes no cumplieren con dichas obligaciones les serán desechadas de plano las pruebas que ofrezcan de manera deficiente.

Tampoco les serán admitidas a los contendientes ninguna prueba que sea contraria al derecho o a la moral, o aquellas que no estén expresamente reconocidas por la ley.

Es muy importante aclarar que las pruebas no podrán demostrar más hechos que los narrados en la demanda o en la contestación, según sea el caso, pues como ya se dijo en líneas arriba, el fin de las pruebas es el de demostrar los hechos constitutivos de la acción o el de las excepciones, por lo que si al desahogarse una probanza saltara a la luz algún hecho o hechos que no hubieren sido narrados en sendos escritos, el instructor no deberá tomarlos en consideración, ya que, reitero, las pruebas no tienen como objeto perfeccionar ni el escrito de demanda ni el de contestación a la misma.

Sirve de apoyo a lo anterior la jurisprudencia que a la letra se transcribe:

ACCION. NECESIDAD DE PRECISAR LOS HECHOS EN QUE SE FUNDA.- *Los actores de un juicio, al ejercitar determinada acción y reclamar alguna pretensión de los demandados, están obligados a precisar los hechos en que se fundan, a fin de que tales demandados puedan preparar sus defensas y excepciones, así como aportar las pruebas consiguientes para destruir los aludidos hechos; de no proceder en los términos indicados, aun cuando en el curso del procedimiento lleguen a comprobarse hechos no expuestos en la demanda, no puede fundarse una sentencia en ellos, por no haber sido materia de la litis planteada.*

SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL SEXTO CIRCUITO.

Amparo directo 22/90. Félix Salazar Bonilla. 7 de febrero de 1990. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Jorge Alberto González Alvarez.

Amparo directo 239/92. José Alberto López Camarillo. 26 de agosto de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Jorge Alberto González Alvarez.

Amparo directo 532/93. Lauro Cedeño Delgado. 5 de noviembre de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Jorge Alberto González Alvarez.

Amparo directo 625/93. Bancomer, S.A. 16 de febrero de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: Clementina Ramírez Moguel Goyzueta. Secretario: Gonzalo Carrera Molina.

Amparo directo 281/95. Jovita María de Lourdes Pacheco Gutiérrez. 9 de agosto de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: José Zapata Huesca.

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Epoca: Novena Epoca. Tomo II, Septiembre de 1995. Tesis: VI.2o. J/26 Página: 381. Tesis de Jurisprudencia.

Para la objeción de las pruebas las partes deberán estarse a lo dispuesto por el artículo 1247 del Código de Comercio, el cual establece que la objeción deberá hacerse dentro de los tres días siguientes a la apertura de la dilación probatoria, tratándose de las presentadas hasta entonces, y para las presentadas con posterioridad se contará con el mismo plazo contado a partir del día siguiente al en que surta efectos el auto que las haya tenido por admitidas, en el entendido de que dicha objeción deberá hacerse en vía incidental, debiéndose exponer a detalle las causas por las cuales se objetan, las cuales desde luego deberán quedar plenamente demostradas para que pueda restárseles la eficacia probatoria que por ley les corresponda.

En esta etapa la parte actora debe dejar plenamente demostrados, como mínimo, los siguientes hechos:

- i Haber contratado el seguro alegado con la compañía aseguradora demandada;

- ii Que se pagó oportunamente la prima correspondiente al seguro contratado;
- iii La legitimación en la causa, es decir, ser el titular del derecho que se reclama; y
- iv La realización del siniestro y que el mismo se encuentre amparado por la póliza.

Si el actor no demuestra tales hechos, indiscutiblemente deberá declararse improcedente la acción ejercitada, no obstante que el demandado no demuestre las excepciones y defensas alegadas, pues de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1326 del Código de Comercio, de aplicación supletoria, si el actor no acredita su acción, deberá absolverse al demandado.

3.2.2.d.- ALEGATOS.

Esta etapa previa al dictado del laudo correspondiente encuentra su fundamento en el artículo 75, fracción V, de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁶², que dispone:

*"Artículo 75.- . . .
V.- Ocho días comunes a las partes para formular alegatos."*

De la transcripción anterior, es dable concluir que la etapa de alegatos tendrá lugar inmediatamente después de concluida la dilación probatoria, y tendrá una duración de ocho días, a menos que las partes convinieran reducir dicho plazo.

Los alegatos no son más que la presentación de un escrito por cada una de las partes, en el que cada una de ellas exponga las razones lógicas y jurídicas por las cuales considera que con la probanzas desahogadas durante el juicio quedó demostrada su acción o sus excepciones, según sea el caso, sin embargo no existe a lo largo de ninguna ley adjetiva disposición que prevea ningún tipo de formalidad para la formulación de los alegatos.

En lo personal considero que esta etapa del proceso no tiene ningún sentido de existir, o al menos debería ser mucho más corta de ocho días, ya que las partes en cualquier momento pueden hacer las manifestaciones que consideren necesarias al instructor, sin necesidad de esperar hasta la etapa de alegatos, además de que ningún efecto procesal o consecuencia legal produce la falta de presentación o formulación de alegatos, pues a fin de cuentas quien vaya a resolver la controversia planteada debe analizar escrupulosamente si se

⁶² Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

demonstró la acción o la excepción, debiendo valorar todas las pruebas desahogadas en autos conforme a lo previsto por la ley.

3.2.2.e.- EL LAUDO.

Sin duda alguna es la etapa procesal más importante en todo procedimiento arbitral, o al menos la más esperada por las partes, pues tiene como fin determinar el sentido de la controversia, es decir, pone fin al procedimiento resolviendo sobre la procedencia o improcedencia de la acción ejercitada por la parte actora, absolviendo o condenado a la parte demandada.

El fundamento legal del dictado del laudo lo encontramos en el artículo 77 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros⁶³, al establecer:

Artículo 77.- Quien funja como árbitro, después de analizar y valorar las pruebas y alegatos aportados por las partes, emitirá un laudo que resolverá la controversia planteada por el usuario.

Los laudos dictados por los árbitros propuestos por la Comisión Nacional que no hayan sido cumplidos en el plazo a que se refiere el primer párrafo del artículo 81 de esta ley, deberán ser enviados por el árbitro a la Comisión Nacional, a fin de que esta proceda conforme a lo dispuesto en los artículos 80 y 81.

El procedimiento a seguirse para la emisión del laudo es el siguiente:

- i Es menester citar a las partes a oír la resolución definitiva (laudo), y a partir de ese momento se turna el expediente al proyectista:
- ii Elaborado el proyecto por dicho funcionario, se revisa y se turna al Comité de Laudos de la propia CONDUSEF, quien se encargará de analizar, discutir y, en su caso, aprobar el proyecto de laudo;
- iii Una vez discutido y aprobado el proyecto de laudo, el Director General de Quejas, Conciliación y Arbitraje procederá a la firma del mismo;
- iv Hecho lo anterior se manda publicar el laudo y se notificará personalmente a las partes.

⁶³ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

Los laudos que emita la CONDUSEF poniendo fin al procedimiento, así como las resoluciones que dicte éste mismo organismo para poner fin a los incidentes de ejecución de laudos, sólo admiten el amparo indirecto ante los Jueces de Distrito en Materia Administrativa, en términos de la jurisprudencia que se transcribe a continuación, aplicable al caso por analogía:

Instancia: Segunda Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Parte : CXVIII, Tercera Parte

Página: 103

SEGUROS, AMPARO CONTRA UN LAUDO DE LA COMISION NACIONAL DE. COMPETENCIA PARA CONOCER DE LA RECLAMACION CONTRA EL ACUERDO QUE TURNA EL AMPARO A UN JUEZ DE DISTRITO EN MATERIA ADMINISTRATIVA. Si se interpuso una demanda de garantías en contra de la Comisión Nacional de Seguros, autoridad federal, que no es, ni puede en forma alguna estimarse, un órgano propiamente judicial, dado que el conjunto de trámites que se desenvuelven ante dicha comisión, no constituye lo que nuestra legislación denomina "juicio" (Constitución, artículo 107, fracción III, b) y c); (Ley de Amparo), artículo 114, fracciones II a VI, sino que es un procedimiento seguido en forma de juicio (artículo 114, II, segundo párrafo, de dicha ley), ante "autoridades distintas de las judiciales o de las Juntas de Conciliación y Arbitraje" (misma fracción, primer párrafo), no se trata en este caso de "materia judicial" (Const., 107, III, encabezado), sino de "materia administrativa" (mismo artículo, frac. IV). En estas condiciones, la Segunda Sala es competente para conocer del recurso de reclamación que se interponga (art. 13, frac. VIII, segundo párrafo, 21 y 25, fracción I, II y VII, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación), en relación directa con un asunto que, por tener naturaleza administrativa cae dentro de la órbita de las facultades de esta Sala, ya sea que la misma deba conocer del negocio en única instancia (arts. 25, frac. II, y 42, frac. I de la citada ley orgánica), o bien que haya de examinarlo a través del recurso de revisión (arts. 25, frac. I y 42, frac. IV, de la misma y 84, frac. I, inciso (b), y 114, frac. II, de la Ley de Amparo).

Reclamación en el amparo en revisión 7318/65. Carmen Murillo Cárdenas de Olivas. 24 de abril de 1967. Mayoría de 4 votos. contra el voto particular que emitió el c. ministro Jorge iñárritu. Ponente: Ezequiel Burguete Farrera.

Es importante señalar que, conforme a lo dispuesto por el artículo 79 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, todas las demás resoluciones que se dicten en el procedimiento arbitral en estricto derecho, distintas a las que hemos venido mencionando (laudo y resoluciones que ponen fin a los incidentes de ejecución del laudo), que admitan el recurso de apelación o de revocación conforme a lo previsto en el Código de Comercio, podrán impugnarse a través del recurso de revisión, el cual deberá resolverse por el árbitro en un plazo no mayor a 48 horas.

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 80 y 81 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, para los laudos dictados por la CONDUSEF o por los árbitros propuestos por ella, corresponde a dicho organismo adoptar todas las medidas necesarias para el cumplimiento de dichas resoluciones, para lo cual mandará, en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor se hubiere dictado el laudo, en el entendido de que si fuere la institución de seguros la condenada a indemnizar o restituir al asegurado, contará con un plazo de quince días para cumplir con la obligación que le fue impuesta.

La CONDUSEF contará como medidas de apremio para hacer cumplir sus determinaciones, con las siguientes: I.- La imposición de multas; y II.- El auxilio de la fuerza pública.

Lo anterior quiere decir que si la institución de seguros no cumple con la condena impuesta, se le aplicarán las multas que contempla la propia Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y si continuara el desacato se enviarán los autos al juez competente para que le haga cumplir, toda vez que los únicos órganos facultados para obligar a una persona a cumplir con determinada obligación, son los tribunales judiciales.

Considero un tanto absurdo el proceso a seguirse para la ejecución de los laudos en caso de negativa o desacato por parte de las compañías aseguradoras a cumplir con la condena que les fue impuesta, pues no debe pasarse por alto que el artículo 136, fracción III, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece que el juez requerirá a la empresa aseguradora para que compruebe haber efectuado el pago al asegurado en un plazo no mayor a 72 horas, y que si no lo hace entonces el juzgador ordenará a la CONDUSEF para que haga pago directamente al asegurado de lo que se le debiere, tomando los recursos de la reserva técnica que se hubiere constituido, y que si no alcanzare esta a cubrir el adeudo entonces se proceda al remate en bolsa de los valores de la compañía aseguradora, lo que no es otra cosa sino una especie de juego de ping-pong en el que la CONDUSEF le manda primero la bolita al juzgador para que luego éste se la devuelva, todo ello ocasionado por deficiencias en la ley, tal y como se verá más a detalle en el capítulo siguiente.

3.3.- EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL.

Señala el artículo 1049 del Código de Comercio⁶⁴ que: *“Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar y decidir las controversias que conforme a los artículos 4, 75 y 76 se deriven de actos de comercio.”*

Por su parte, el artículo 75, fracción XVI, del mismo ordenamiento legal en cita⁶⁵, establece que: *“La ley reputa actos de comercio: ...XVI.- Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas...”*

De lo anterior, es claro que todas las controversias que se susciten o deriven de un contrato de seguro deberán resolverse a través de un juicio mercantil, ya sea convencional, si las partes acordaron previamente sobre la forma en que éste habrá de ventilarse, o bien, en un procedimiento ordinario seguido según las reglas que establece el Código de Comercio o, en su defecto, el Código de Federal de Procedimientos Civiles, en términos de lo dispuesto en los artículos 2º y 1054 del ordenamiento legal citado en primer término, cuyo texto es del tenor literal siguiente:

“Artículo 2.- A falta de disposiciones de este ordenamiento y las demás leyes mercantiles serán aplicables a los actos de comercio las del derecho común contenidas en el Código Civil aplicable en materia federal.”

“Artículo 1054.- En caso de no existir convenio de las partes sobre el procedimiento ante tribunales en los términos de los anteriores artículos, salvo que las leyes mercantiles establezcan un procedimiento especial o una supletoriedad expresa, los juicios mercantiles se regirán por las disposiciones de este libro y en su defecto se aplicará el Código Federal de Procedimientos Civiles.”

3.3.1.- LAS PARTES Y ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL.

Las partes en el procedimiento judicial (juicio ordinario mercantil), son exclusivamente la parte actora y la parte demandada. Obviamente, al igual que en el juicio arbitral, en los procesos jurisdiccionales intervienen funcionarios públicos encargados del manejo y control del expediente que se forme con motivo de la demanda, tales como los

⁶⁴ Código de Comercio, Editorial Greca, Primera edición, enero 2004.

⁶⁵ Idem.

Secretarios de Acuerdos, quienes darán fe de todas y cada una de las actuaciones judiciales; los Secretarios Actuarios, quienes tendrán a su cargo la obligación de practicar las diligencias que deban llevarse a cabo fuera del juzgado donde se ventile el asunto; el proyectista, quien se encargará de presentarle al juez el proyecto de sentencia; y el Juez, quien tendrá a su cargo la obligación de dictar todas y cada una de las resoluciones durante el juicio y el período de ejecución de sentencia.

El juicio ordinario mercantil, al igual que el procedimiento arbitral, se divide en etapas procesales, siendo prácticamente idénticas las de uno con las del otro, salvo que en el caso de los procedimientos judiciales la resolución que pone fin al juicio lleva el nombre de sentencia definitiva, no de laudo, en términos del artículo 1322 del Código de Comercio⁶⁶, que dice:

“Artículo 1322.- Sentencia definitiva es la que decide el negocio principal.”

Dada la similitud que existe entre las etapas procesales de los procedimientos arbitrales y judiciales, no entraré al estudio y análisis pormenorizado de cada una de ellas, puesto que no tiene ningún efecto práctico el repetir lo ya antes apuntado, por lo que me limitaré únicamente a mencionar las diferencias que existen entre sendos procedimientos en cuanto a plazos se refiere, las cuales son muy marcadas, e igualmente mencionaré otras formalidades judiciales importantes que deben respetarse y que no se prevén en el juicio arbitral, como lo es el emplazamiento.

Los plazos que prevé el Código de Comercio para cada etapa procesal, como ya se dijo, son distintos a los del juicio arbitral que contempla la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En efecto, para empezar, debo decir que el plazo con el que cuenta el asegurado o parte actora para presentar su demanda judicial, es de dos años contados a partir de la fecha en que la compañía aseguradora le negó el pago de la indemnización, o bien, a partir del día siguiente al en que se le dejaron a salvo sus derechos en la audiencia conciliatoria seguida en la CONDUSEF, con motivo de la reclamación que se hubiere presentado ante dicho organismo. Lo anterior en términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro⁶⁷.

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde el acontecimiento que les dio origen.”

⁶⁶ Código de Comercio, Editorial Greca, Primera edición, enero 2004.

⁶⁷ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

Es importante mencionar que, en caso de haberse dejado a salvo los derechos del asegurado en la audiencia de conciliación mencionada con anterioridad, es recomendable que éste presente su demanda dentro de los ciento ochenta días siguientes a dicho evento, pues de lo contrario la compañía aseguradora podrá cancelar, bajo su más estricta responsabilidad, la reserva técnica constituida para obligaciones pendientes de cumplir, en términos de lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Por razón de orden, antes de proseguir con las demás diferencias en cuanto a plazos, hablaré del emplazamiento, que como ya se dijo anteriormente, constituye una formalidad judicial que no se requiere en el juicio arbitral y que resulta de vital importancia y trascendencia en todo procedimiento judicial.

En efecto, la ley establece que presentada una demanda y admitida que sea a trámite, se mandará emplazar a la parte demandada para que la conteste. De lo anterior, es claro que sin el emplazamiento no puede haber juicio, pues es a partir del emplazamiento cuando el demandado deberá producir su contestación, negando o afirmando los hechos que se le imputan, según sea el caso, conforme a los cuales se fijará la litis y, por ende, la materia de la sentencia definitiva que habrá de dictarse al término del juicio.

La legislación procesal establece tajantemente que los emplazamientos deberán siempre hacerse en la forma prevista para las notificaciones de carácter personal, entendiéndose por estas las que deben practicarse directamente con el interesado (demandado) o su representante o su procurador, en su domicilio particular. Para el caso de demandas en contra de compañías aseguradoras, el emplazamiento deberá entenderse con el representante legal de la institución financiera demandada.

El incumplimiento de cualquiera de las formalidades que exige la ley para la práctica del emplazamiento, dará lugar a la nulidad de dicha diligencia judicial, y con ello de todo lo actuado en el procedimiento, de hecho, la falta de debido emplazamiento es una de las causas que mayores dilaciones procesales producen, máxime porque los tribunales están facultados para examinar de oficio si se cumplieron o no tales formalidades, y en caso contrario dejar sin efectos dicho acto procesal, dando parte de ello a la Judicatura, para que se sancione al funcionario que la practicó, en caso de que la deficiencia hubiere sido imputable a este.

Una vez emplazada a juicio la compañía aseguradora, contará con el término de nueve días para dar contestación a la demanda instaurada en su contra, pudiéndose ampliar dicho plazo atendiendo a la distancia entre el lugar del juicio y el domicilio de la compañía aseguradora. Al contestarse la demanda, la compañía aseguradora debe hacer valer en el

escrito respectivo todas las excepciones y defensas que tuviere contra la acción ejercitada en su contra, según lo ordenan los artículos 1378 y 1379 del Código de Comercio. Sobre este aspecto no existe diferencia alguna con lo establecido para el juicio arbitral, salvo que en este procedimiento extrajudicial el plazo podrá ser reducido de común acuerdo por las partes.

En los juicios ordinarios mercantiles, a diferencia de los arbitrales, es posible jurídicamente reconvenir a la parte actora, es decir, contrademandarle el pago o cumplimiento de cualquier obligación que no requiera de la tramitación de un juicio especial (hipotecario o ejecutivo), lo cual deberá hacerse precisamente en el mismo escrito en que se haga la contestación a la demanda principal, en términos del artículo 1380 del Código de Comercio. En caso de reconvenición, la parte reconvenida contará con el mismo plazo de nueve días que se le concede a un demandado para contestar la entablada en su contra.

Contestada que fuere la demanda y la reconvenición, en su caso, el juez mandará abrir el juicio a prueba, si la requiriera, por un plazo que no excederá de cuarenta días, en el entendido de que si así fuera, los primeros diez serán para ofrecer pruebas y los treinta restantes para desahogarlas. En caso de que el juez considerara reducir dicho término probatorio, deberá precisar cuántos días serán para el ofrecimiento y cuántos para el desahogo, procurando que sea en la misma proporción que se indicó anteriormente, en términos de lo dispuesto por el artículo 1383 del Código de Comercio.

Como puede verse, existe una diferencia substancial en cuanto a los plázos previstos para la etapa de instrucción entre los juicios arbitrales y los judiciales (ordinarios), pues en los primeros es mucho menor (quince días) que en los segundos (hasta cuarenta días).

Las disposiciones relativas a la ampliación del término de prueba o de la concesión de un término extraordinario, así como de los medios de prueba permisibles por la ley, son idénticas en sendos juicios, ya que no debe olvidarse que el Código de Comercio es supletorio de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Concluido el período o etapa de instrucción, se pasará al período de alegatos, que a diferencia del excesivo término que prevé la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros para los juicios arbitrales (ocho días), el Código de Comercio sólo concede a las partes un plazo de tres días comunes, el cual considero mucho más adecuado y más que suficiente para tal efecto, máxime, se insiste, cuando no hay sanción procesal alguna por no formular alegatos ni obligación por parte del juez de tomarlos en cuenta y mucho menos mencionarlos en la sentencia definitiva.

Sirve de apoyo a lo anterior la tesis que a continuación se cita:

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
Parte : XIV-Septiembre
Tesis: XX. 282 K
Página: 332

FALTA DE ANALISIS O REFERENCIA DE LOS ALEGATOS FORMULADOS. NO CONSTITUYE VIOLACION DE GARANTIAS POR PARTE DE LA RESPONSABLE LA. *No constituye violación de garantías por parte de la autoridad responsable la omisión consistente en no tomar en consideración los alegatos de las partes, toda vez que éstos son simples manifestaciones producidas por los contendientes y que no obligan a la autoridad responsable a resolver conforme a su contenido, sino de acuerdo a la litis planteada y a las pruebas recibidas y desahogadas durante el procedimiento.*
TRIBUNAL COLEGIADO DEL VIGESIMO CIRCUITO.

Amparo directo 219/94. Antonio Zazueta Armenta, en su carácter de representante legal de los Servicios Educativos para Chiapas. 12 de mayo de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: Angel Suárez Torres. Secretario: Victor Alberto Jiménez Santiago.

Transcurrido el plazo concedido para alegatos, se hayan o no formulado estos, el juez citará a las partes a oír sentencia definitiva, la cual deberá pronunciar en el improrrogable término de quince días, contra la cual procederá el recurso de apelación si la cuantía del negocio es superior a ciento ochenta y dos veces el salario mínimo general vigente en la fecha de interposición del recurso y en el lugar donde se ventile el juicio, en términos del artículo 1340 del Código de Comercio.

Contra la sentencia definitiva que dicte la Sala al resolver de la apelación interpuesta en contra de la sentencia de primer grado, procede el juicio de amparo directo ante los Tribunales Colegiados de Circuito en Materia Civil.

La actividad jurisdiccional en tratándose de juicios ordinarios mercantiles que versen sobre la materia de seguros, llegará hasta declarar ejecutoria la sentencia definitiva, sin embargo, la cumplimentación y ejecución de la misma, ya sea para el pago de la suerte principal, de los intereses moratorios y de las costas, será de conformidad a lo establecido en la fracción III del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros⁶⁸, que establece literalmente lo siguiente:

⁶⁸ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

"Artículo 136.- En materia jurisdiccional:

I.-Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior.

En cualquier momento en que aparezca que no se agotó el procedimiento conciliatorio, deberá sobreseerse la instancia e imponer al actor las costas originadas por el procedimiento.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la vía administrativa constituye, además, una excepción dilatoria que puede interponerse por la empresa de seguros demandada;

II.- (se deroga.)

III.-Para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el juez lo comunicara a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII del artículo 135 de este ordenamiento, sin perjuicio de que ordene a la propia Comisión a que pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia, del monto de la reserva constituida e invertida en los términos del artículo anterior. Si no fuere suficiente la reserva, la Comisión procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta ley, y si ellos estuvieren afectos a la reservas de la empresa de seguros, esta deberá reponerlos en los términos que esta ley señala para la reconstitución de las reservas. La Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

IV.- (se deroga).

V.- (se deroga)."

Cabe hacer la aclaración que la multa que se menciona en la transcripción que precede ya no existe en virtud de la reforma que sufrió el artículo 135 de la misma ley, el 3 de enero de 1997 y posteriormente con la derogación del mismo.

De lo anterior, los pasos a seguir para la cumplimentación de una sentencia en materia de seguros, son los siguientes:

- i En caso de negativa de pago de la condena impuesta por parte de la compañía aseguradora, y una vez que haya causado ejecutoria la resolución correspondiente, se solicitará al juzgador envíe oficio a la CONDUSEF, para que por conducto de este organismo se requiera a la institución financiera, anexando al citado oficio la siguiente documentación:
 - Copia certificada de la sentencia definitiva y de la interlocutoria que haya aprobado la planilla de liquidación de intereses;
 - Auto por el cual se haya declarado ejecutoriada la sentencia definitiva; y
 - Constancias que demuestren el requerimiento de pago a la institución financiera.
- ii En dicho oficio deberá pedirse a la CONDUSEF que en caso de reiterada negativa de pago al requerimiento que ésta le haga a la compañía aseguradora, proceda a descontar de la reserva técnica constituida en el caso, para que con su producto se pague al asegurado, debiendo remitir al juzgado de origen el dinero en billete de depósito para que el juez se lo entregue a la parte actora.
- iii Si el dinero de la reserva técnica no alcanzare a cubrir las prestaciones condenadas a favor del asegurado, se proceda al remate en bolsa de los valores de la compañía aseguradora, hasta que alcance a cubrir al actor la cantidad que se le debe por sentencia firme.

Como puede verse, los trámites a seguirse para llevar a cabo la ejecución de una sentencia definitiva dictada en contra de una compañía aseguradora por el reclamo de un seguro, son un tanto burocráticos, además de que limitan en cierta forma el actuar de los tribunales judiciales, ya que no son estos, sino la CONDUSEGF, quien por disposición de ley debe llevar a cabo los descuentos en las reservas técnicas del numerario que corresponda según la sentencia, o bien la venta en bolsa de valores de las compañías aseguradoras, lo que a mi parecer debiera poder hacer el juez que conoció y resolvió la controversia.

CAPITULO CUARTO

DEFICIENCIAS DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SEGUROS.

Tal y como lo señalé en el capítulo de Introducción contenido en este trabajo, lo que me orilló a desarrollar este tema de Tesis es precisamente la no grata experiencia que a través de los años de práctica que llevo como litigante me ha dejado la constante negativa por parte de las compañías aseguradoras de cumplir con las obligaciones que asumen mediante los contratos de seguro que celebran con su clientela; negativas de cumplimiento injustas, que en la mayoría de los casos desgraciadamente se han visto fundamentadas en diversas disposiciones legales en materia de seguros, que dada su subjetividad, imprecisión, ociosidad e incluso su carácter obsoleto, dan pie a la negativa de pago de las indemnizaciones en perjuicio de los asegurados o sus beneficiarios.

En el presente capítulo me abocaré a señalar aquellos dispositivos legales que en mi experiencia y opinión son los que dan mayor lugar a los conflictos entre asegurados y aseguradoras, y, por consiguiente, que han creado la inseguridad del contrato de seguro en todos los que pretendemos contratar uno para nosotros, nuestras familias o nuestros bienes.

A efecto de establecer un orden en el desarrollo de este capítulo, me referiré a las disposiciones que a mí parecer son deficientes, atendiendo no a su trascendencia o importancia, que podría ser muy subjetiva, sino a su orden numérico, comenzando primero por la Ley sobre el Contrato de Seguro, posteriormente con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y por último con la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

4.1.- LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Esta ley, a mi consideración, contiene diversos preceptos legales que presentan serias deficiencias en perjuicio de los asegurados, porque dan o pueden dar lugar a que se nieguen de manera infundada o injusta las reclamaciones que presenten los asegurados al actualizarse el riesgo previsto por la póliza.

Los numerales que estimo presentan deficiencias son los artículos 20, 47, 52, 78, 91 y 95 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, por las razones fácticas y jurídicas que señalo a continuación.

4.1.a.- ARTÍCULO 20.

El numeral en cita⁶⁹ textualmente dispone que:

Artículo 20.- 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 póliza deberá 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;

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.

De la simple lectura del artículo antes transcrito, pareciera que este no contiene ninguna deficiencia, pues simplemente se limita a señalar los requisitos que debe reunir toda póliza de seguro, los cuales aparentemente resultan ser los adecuados, empero, no es así.

En efecto, a mi parecer el artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no contempla dentro de sus siete fracciones que lo conforman un elemento o requisito que considero de suma importancia, como lo es el relativo a que en la póliza de seguro obre la firma del asegurado o contratante.

De acuerdo a lo que ya se vio en el Capítulo Segundo de este trabajo de tesis, al contrato de seguro se le clasifica como bilateral o sinalagmático perfecto, porque crea obligaciones recíprocas a cargo de las partes, como son, por una parte, la relativa a cargo de la aseguradora de asumir las consecuencias de un eventual riesgo, resarcido el daño o pagando

⁶⁹ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

una suma de dinero al asegurado, y por otra, la que recae al asegurado o tomador del seguro, consistente en pagar a aquella la prima correspondiente.

En ese tenor, estimo que el artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, resulta deficiente, al no exigir en su fracción I, además de la firma de la compañía aseguradora, la del asegurado, no obstante que otra característica de los contratos de seguro sea la adhesión, pues no debe pasarse por alto que conforme a lo dispuesto por el artículo 24 del mismo ordenamiento legal en consulta, las partes pueden libremente pactar cláusulas adicionales a las del contrato original, con la salvedad de que estas no sean contrarias a la ley y que obren siempre por escrito, las cuales, por lo general, se hacen constar en los denominados "endosos", mismos que la ley tampoco exige que vengan firmados por los asegurados.

La libertad que otorga la ley a las partes de pactar cláusulas adicionales, hace necesaria, a mi consideración, que se exija legalmente la firma de ambas partes en la póliza, pues de otra forma cabría la posibilidad de que la empresa aseguradora negara los términos y condiciones de la póliza que presente el asegurado en reclamo de una indemnización, exhibiendo otra en la que se consignen obligaciones diversas a las reclamadas, pues para la empresa aseguradora sería muy fácil emitir una nueva póliza, en la que evidentemente no aparecería la firma del asegurado o contratante, por no exigirlo así la ley.

Aunado a lo anterior, debe decirse que el Código Civil Federal⁷⁰, establece como requisito esencial para la existencia de los contratos, el consentimiento de las partes, al establecer en su artículo 1794 que: "Para la existencia del contrato se requiere: I.- Consentimiento; y II.- Objeto que pueda ser materia del contrato."

El artículo 1803 del Código Civil dispone que: "*El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlos, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.*". Es de sabido derecho que la forma más común de hacer constar el otorgamiento del consentimiento por parte de los contratantes, es a través de la firma que estos estampen en el instrumento que contenga los términos y condiciones pactados, máxime en tratándose de contratos que por disposición de ley requieren de formalidades determinadas, como es el caso del contrato de seguro, el que de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe constar por escrito.

Por lo anterior, estimo, existe una deficiencia en el artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, al no exigir la firma del asegurado en las pólizas.

⁷⁰ Código Civil Federal, Editorial Sista, Abril del 2001.

Otra deficiencia más que considero presenta el precepto legal en cita, es que no exige que en la póliza se asiente con toda claridad y precisión si existen endosos o cláusulas adicionales pactadas entre las partes distintas a las consignadas en las condiciones generales de la póliza.

El artículo 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, contempla la posibilidad de que las partes pacten cláusulas adicionales a las de la póliza, mismas que generalmente se hacen constar mediante endosos, que, como ya se dijo en el Capítulo Segundo, apartado 2.6.a, son las cláusulas adicionales a la póliza, en las que se establecen los riesgos cubiertos que en determinadas y específicas circunstancias se encuentran excluidas de las coberturas contratadas, o bien, a través de las que se modifican, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y que deben señalarse en términos claros y precisos, formando parte del contrato.

De lo anterior, es indudable la necesidad de que en la ley se exija que las pólizas señalen con claridad y precisión el número y tipo de endosos que las conforman, de manera que no exista duda sobre las cláusulas adicionales que en los mismos se pactaron, máxime cuando la propia ley no exige que las pólizas vayan firmadas por los asegurados, por lo que, en ese orden de ideas, igualmente resulta innegable la deficiencia del artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, al omitir contemplar esta situación.

Es preciso aclarar que hasta ahora no he litigado en juicio alguno en el que la aseguradora hubiere presentado una póliza de seguro distinta a la contratada por el asegurado, o bien en el que la compañía de seguros alegue haber pactado condiciones distintas a las consignadas en la póliza exhibida al juicio por mi representado, sin embargo, no dudo que ello haya pasado en algún otro caso y, por supuesto, tampoco dudo que pueda seguir pasando, dada la falta de exigencia de la firma del asegurado en las pólizas.

Por cuanto toca a la deficiencia invocada referente a que la ley tampoco exige que se establezca en la póliza el número y clases de endosos celebrados, sí ha ocasionado problemas a los intereses de clientes que han acudido al despacho en el que actualmente presto mis servicios, quienes al haber sufrido el riesgo amparado supuestamente por la póliza, han efectuado sus reclamaciones de pago, siéndoles negado el mismo sin mayor explicación que la de que: *"...el riesgo o evento no está cubierto por el contrato de seguro..."*, obligándolos a acudir ante el despacho para que logremos jurídicamente el pago de la indemnización correspondiente, sin embargo, al momento en que acuden ante nosotros a exponernos su situación, se ha dado el caso que la documentación con la que cuenta el asegurado o cliente se encuentra incompleta, sobre todo en aquellos casos en que la contratación inicial del seguro se hizo varios años atrás, con la renovación anual automática, siendo prácticamente imposible para nosotros los litigantes el poder siquiera intuir esa situación antes de la contestación que

haga la aseguradora de la demanda incoada en su contra, pues no es sino hasta ese momento cuando la institución financiera alega que el riesgo se encuentra excluido mediante determinado endoso, mismo que nunca nos fue entregado por el asegurado, por la razón antes apuntada, y del cual nos resultó imposible conocer su existencia, precisamente por no haberse señalado en la póliza lo relativo al mismo.

4.1.b.- ARTÍCULO 47.

Este precepto legal⁷¹ expresamente establece:

"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."

Según se observa de la transcripción anterior, las compañías aseguradoras podrán rescindir los contratos de seguro que celebren con su clientela, si el contratante o asegurado omite o da una declaración inexacta de los hechos a que se refieren los preceptos legales que menciona el artículo en estudio, lo que de primera impresión podría hacernos creer que no existe deficiencia alguna en este dispositivo legal, sin embargo, lamentablemente para mi juicio, ello no es así.

En efecto, estimo que el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no es del todo preciso y, por lo tanto, resulta deficiente, pues si bien se limita a señalar con tajante claridad una de las causas por las cuales las compañías aseguradoras podrán rescindir los contratos de seguro, siendo esta: "...cuales por omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley...", no menos cierto es que al remitirnos al contenido expreso de los tres preceptos legales aludidos, nos podemos percatar que existe una inmensa subjetividad sobre el particular, pues ninguno de ellos especifica con claridad y precisión cuáles son los hechos importantes que deben hacerse del conocimiento de las compañías aseguradoras al momento de querer contratar un seguro con ellas, ni tampoco de su lectura se puede determinar a ciencia cierta cuáles son aquellos hechos que deben ser conocidos por quien contrata un seguro por cuenta o en nombre de otro, lo que conlleva a sostener que el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es deficiente, al remitir a disposiciones imprecisas, como lo son los artículos 8, 9 y 10 de la propia ley.

⁷¹ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

Para una mejor comprensión de lo anterior, me permito transcribir a continuación los tres preceptos legales citados en último término⁷², como sigue:

“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.”

“Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean deban ser conocidos del representante y del representado.”

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

De la lectura de los tres dispositivos antes reproducidos, se advierte que estos exigen que cuando se pretenda contratar un seguro, el proponente, el asegurado, su representante o el contratante, deberán declarar por escrito a la compañía aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sean o que deban ser del conocimiento del declarante.

A mi juicio, existe una gran subjetividad en el contenido de dichos preceptos legales, pues lo que para la compañía aseguradora podría llegar a ser importante para la apreciación del riesgo, para el proponente o contratante del seguro podría no serlo, además de que no hay forma de determinar si el declarante conocía o no aquellos hechos que posteriormente la compañía aseguradora considere que debieron haber sido declarados sin que se haya hecho, lo que motiva la deficiencia alegada del artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ya que es esta norma legal y no los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley, la que sanciona la omisión o inexacta declaración al momento de contratar un seguro, precisamente con la rescisión del contrato respectivo.

Estimo que un acto jurídico de tan trascendental importancia, como lo es la rescisión de un contrato de seguro, no debería permitirse con apoyo en disposiciones de gran subjetividad, como lo son los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que dejan totalmente al arbitrio y conveniencia de las compañías aseguradoras el determinar si se les declaró o no un hecho de importancia para la apreciación de un riesgo, pues como ya lo

⁷² Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

dije con anterioridad, lo que para la compañía aseguradora podría ser importante, para el contratante o asegurado pudiera no serlo tanto.

Considero que la facultad de rescindir un contrato de seguro debería apoyarse en causas más sólidas, como lo es la inexacta declaración de hechos, que bien contempla el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pero de ninguna forma debe considerarse a la omisión de declaraciones como una causa sólida para dicho efecto, máxime si conforme al artículo 8 del citado ordenamiento legal, las declaraciones de los proponentes de seguro deben hacerse atendiendo al cuestionario que les presenten las compañías aseguradoras para tal fin, de tal suerte que es obligación de las citadas instituciones verificar que el cuestionario sea llenado en su totalidad y que los datos o declaraciones en él consignados sean veraces, así como que en el cuestionario la aseguradora plasme todas las preguntas que considera importantes para apreciar el riesgo a ser cubierto con la póliza, y en esa virtud, estimo, no debe culparse a los proponentes del seguro o los contratantes de las omisiones en las declaraciones, pues si no se narra determinado hecho en el cuestionario que pudiere ser de importancia para la aseguradora para apreciar el riesgo, será debido a que ésta no formuló las preguntas correspondientes, o bien que consintió que el cuestionario se dejara incompleto, por lo que sería antijurídico que se castigara a los asegurados con la rescisión del contrato cuando quien en realidad incumplió con su obligación lo fue la propia compañía de seguros.

Aunado a lo anterior, no debe pasarse por alto el hecho de que las confesiones o declaraciones de parte, para que produzcan efectos probatorios en juicio en contra de quien las hace, deben versar sobre hechos propios, y al efecto me remito a lo dispuesto por el artículo 1287 del Código de Comercio.

Al igual que en materia procesal, es evidente que los cuestionarios que habrán de llenar los proponentes de un seguro y a que se refiere el artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, también deberán versar sobre hechos propios del declarante, sin embargo, en la especie la ley no contempla esa situación, lo que me lleva a sostener con mayor certeza que el contenido del artículo 47 de la ley de la materia, resulta a todas luces deficiente, al remitir a otras disposiciones imprecisas e incompletas.

Sirve de apoyo a lo anterior la ejecutoria de la Suprema Corte de Justicia que se cita a continuación:

Instancia: Tercera Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Cuarta Parte

Página: 41

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

Amparo directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S. A. 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Ernesto Solís López.

Sobre el particular lamentablemente también he tenido desafortunadas experiencias, la más sobresaliente se presentó en un juicio Ordinario Mercantil en el que mi cliente, como asegurado, demandó a una compañía de seguros nacional el pago de la

indemnización derivada de la actualización de un riesgo cubierto por la póliza de gastos médicos mayores contratada.

En dicho juicio la compañía aseguradora negó el pago de la reclamación, alegando que al momento de proponérsele la contratación del seguro de gastos médicos mayores, el contratante (esposo de mi cliente) había omitido declarar un hecho de supuesta importancia trascendental para la apreciación del riesgo, como lo es una cirugía menor en la rodilla de mi cliente que se le practicó cuando tenía 3 años de edad, por lo que ante tal omisión procedía, según la óptica de la institución financiera, la rescisión del contrato de seguro.

Al pronunciarse la sentencia definitiva respectiva, el juzgador consideró fundada la defensa de la aseguradora, pues efectivamente en autos quedó demostrado que el esposo de mi cliente, al momento de contratar el seguro para su esposa (mi cliente), no mencionó nada sobre esa cirugía menor de rodilla, dado a que ni siquiera tenía conocimiento de tal hecho, no obstante que la relación entre ambos tenía más de veinte años de antigüedad, sin embargo, se insiste, el juzgador consideró que en el caso se actualizó la causal de rescisión prevista por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, al haberse omitido la declaración de un hecho de importancia para la apreciación del riesgo por parte de la compañía aseguradora.

En mi opinión, la determinación de la autoridad judicial en tal sentido, resulta ilegal, pues si bien se encuentra fundada en ley, estimo no está debidamente motivada, porque el hecho de que se haya omitido la declaración del citado hecho cierto, no es razón para determinar la rescisión del contrato de seguro, pues de conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para que proceda dicha rescisión, es requisito indispensable que el hecho omitido fuera "importante" para la apreciación del riesgo, y que este debiera ser conocido por el contratante del seguro, en este caso por el esposo de mi cliente, lo que no acontece en la especie, pues la cirugía menor de rodilla que se le practicó a mi cliente, no es en forma alguna de importancia para la apreciación de riesgo alguno a ser cubierto con un seguro de gastos médicos mayores, pues dicha cirugía fue superficial y consistió simplemente en la cosedura de una cortada en la piel, ocasionada por un golpe que a los tres años de edad sufrió mi cliente, que le provocó su internamiento en el hospital para revisar que el golpe no hubiera provocado mayores daños o complicaciones, y además, dicho hecho no era ni debía ser del conocimiento de el contratante del seguro, pues, se insiste, no fue de trascendencia alguna.

Lo anterior no fue considerado por el juzgador, sino que se limitó a señalar que como la aseguradora lo consideraba como un hecho importante para la apreciación del riesgo, que debió ser conocido por el contratante del seguro, al ser el esposo de la asegurada, entonces

se actualizaba en la especie lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Por supuesto estoy cierto de que el hecho de que el juzgador haya considerado que en el caso se actualiza la causal de rescisión prevista por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se debe en gran parte a la falta de criterio del personal encargado de la administración de justicia, problemática que se reduciría en gran medida si se contara con leyes claras y precisas, que no dejen lugar a la interpretación ni a la subjetividad, como acontece con el artículo en comento, el cual, estimo, ha quedado demostrado no es claro ni preciso y, además, da pie a que se cometan graves injusticias en contra de los asegurados.

4.1.c.- ARTÍCULO 52.

La Ley sobre el Contrato de Seguro⁷³, en su artículo 52, establece:

“Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.”

De la transcripción anterior, tenemos que la aseguradora también estará eximida del pago de indemnización alguna, si el asegurado tuviere conocimiento de la agravación del riesgo y no lo hace saber a aquella, o bien si el asegurado es quien provoca la agravación del riesgo.

A mi parecer, al igual que en el caso del artículo 47 de la misma ley, existe una deficiencia en este precepto legal, que ha dado lugar a que las compañías aseguradoras en nuestro país nieguen innumerables reclamaciones de siniestros, pues por cuanto toca a las agravaciones de los riesgos, la ley no regula en más de dos fracciones las causas que pueden dar lugar a que se considere como agravado un riesgo, siendo estas las contempladas en el artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro⁷⁴, el cual es del tenor literal siguiente:

“Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

⁷³ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

⁷⁴ Idem.

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro."

De la reproducción literal que precede, podemos apreciar que las causas que contempla la ley para considerar agravado un riesgo, dejan pie a que se susciten controversias entre aseguradoras y asegurados, ya que nuevamente el legislador empleó la palabra "importante" en la redacción de una de las dos causales, lo que crea una tremenda subjetividad en el caso.

Para dejar en claro la deficiencia alegada, tomaré como ejemplo el caso de la operación menor de la rodilla a que hice referencia en el apartado anterior. Vamos a pensar que esa operación se realizó durante la vigencia del contrato de seguro de gastos médicos mayores, pero por su costo tan reducido, no fue conveniente darle parte a la compañía aseguradora, ya que su costo sería menor al del deducible y coaseguro que debía pagarse a la aseguradora para que se hiciera cargo de solventar los gastos respectivos.

A mi consideración, esa operación o cirugía menor no constituye un hecho importante que deba hacerse del conocimiento de la compañía aseguradora como si se tratara de una agravación de riesgo alguno, pues como ya se dijo, se trató de una cirugía menor, superficial, consistente en la sutura de la piel derivada de una cortada a la altura de la rodilla, sin embargo, al parecer de la compañía aseguradora, ese hecho sí es trascendente o de importancia para la apreciación del riesgo, tan es así que por haber sido omitida su declaración al respecto al contratarse el seguro procedió a la rescisión del mismo.

Lo anterior, se estima, denota sin lugar a dudas la deficiencia del artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ya que lo que para algunos puede no ser considerado como un hecho importante que agrave el riesgo, y, por lo tanto, que no sea necesario declararlo a la aseguradora, para otros sí puede serlo, de modo tal que si se omite su declaración, se actualizaría en el caso la causal de negativa de pago justificada contemplada por el citado numeral.

Debo señalar que en la práctica legal, esta, junto con la causal prevista en el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, son de las más invocadas por las compañías aseguradoras para negar el pago de las indemnizaciones, y si bien estoy consiente de que las compañías aseguradoras no tienen como práctica común el actuar de mala fe y operar siempre en perjuicio de sus clientes, negando cuanta reclamación se les presente, también es cierto que emiten muchísimas negativas de pago infundadas y contrarias a derecho y, sobre todo, a la buena fe que caracteriza a esta clase de contrato.

Actualmente estoy patrocinando un caso sobre el particular, en el que la compañía aseguradora negó a mi cliente el pago de una indemnización, argumentando una supuesta agravación del riesgo que mi representada dejó de comunicar a la empresa de seguros.

En este asunto, mi cliente contrató con una compañía aseguradora nacional un seguro de crédito, mediante el cual la empresa aseguradora se obligó a indemnizar a mi cliente en caso de que el cliente de esta no le hiciera pago del precio pactado por la compraventa de diversos materiales. Evidentemente la contratación del seguro se dio porque el cliente de mi representada no contaba con el capital suficiente para liquidar el precio de la compraventa de contado, acordándose entre las partes compradora y vendedora que el precio de la compraventa se liquidaría a través de un tercero, a quien el comprador le revendería la mercancía que mi cliente le vendiera, lo que fue aceptado por la compañía aseguradora.

No obstante lo anterior, cuando mi cliente notificó a la compañía aseguradora sobre el incumplimiento de pago por parte del tercero comprador, la institución de seguros mandó practicar las investigaciones del caso y posteriormente negó a mi mandante el pago de la indemnización respectiva, aduciendo que descubrió que mi representada tuvo conocimiento de la agravación del riesgo y que omitió comunicárselo a la aseguradora, por lo que de conformidad con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, con tal omisión quedaba liberada de su obligación de pago.

Según la carta de rechazo emitida por la compañía aseguradora, la agravación del riesgo consistió en que mi representada de antemano sabía que el tercero comprador no contaba con el capital necesario para pagar el precio total de la compraventa, y que omitió comunicar esa situación a la compañía aseguradora, lo que le daba derecho a ésta a rescindir de plano el contrato de seguro de crédito.

Obviamente estoy cierto de que la causa en la que la aseguradora apoya o pretende fundar su negativa de pago, resulta del todo ilegal y por ello estimo que se conseguirá un fallo judicial favorable a mi cliente, ya que si bien es cierto que mi representada tenía conocimiento de que el tercero comprador no contaba con recursos propios para liquidar el

precio de la compraventa, no menos cierto es que la compañía aseguradora también lo sabía, pues esa fue precisamente la causa por la cual se contrató un seguro de crédito, ya que si el tercero comprador hubiera contado con tales recursos, no hubiera sido necesario contratar dicho seguro. Sin embargo, como la ley otorga a las compañías aseguradoras la facultad de rescindir o negar el pago de las indemnizaciones, a través de disposiciones legales imprecisas y subjetivas, como lo es el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es obvio que éstas van a poder seguir conduciéndose con mala fe, como lo hacen en muchos casos, máxime si además no existen leyes que les impongan verdaderas sanciones en caso de negativas de pago injustificadas.

4.1.d.- ARTÍCULO 78.

El artículo en comento es del tenor literal siguiente⁷⁵:

“Artículo 78.- La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando este haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave.”

De la lectura del numeral transcrito se advierte sin lugar a dudas la deficiencia del mismo, ya que al igual que en el caso de los dos preceptos legales antes estudiados (artículos 47 y 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), existe una gran subjetividad en este precepto legal, al establecer que se aceptará en el contrato “...la cláusula que libere a la aseguradora en caso de culpa grave...”.

La subjetividad del artículo en estudio y, por lo tanto, su deficiencia, estriba en el hecho de que no define que se entenderá por “culpa” ni qué por “culpa grave”, lo que a mi consideración deja una puerta amplísima para que se cometan injusticias en contra de los asegurados o de las mismas aseguradoras.

Hice una investigación a fondo para encontrar el significado jurídico de las palabras “culpa” y “culpa grave”, y lo único que pude encontrar fue la definición de la primera.

El Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.), en su obra denominada Enciclopedia Jurídica Mexicana, define a la “culpa” como: “Dejar fuera de cuidado, descuidar o actuar sin atención, sin dolo, dejar las cosas al acaso.” Respecto de la “culpa grave” nada se dice, ni siquiera la contempla, lo más

⁷⁵ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

cercano a grados o niveles de culpabilidad los maneja bajo el tema de “Culpa Contractual”⁷⁶, señalando que los romanos distinguían la culpa en “lata”, “leve” y “levísima”, entendiéndose, por la primera, “no poner la diligencia en el cumplimiento de nuestros deberes que pondría cualquier hombre”; por la segunda, “la falta de diligencia ordinaria”; y por la tercera, “La falta de diligencia que usaría una persona”.

Desde mi punto de vista, no existe una diferencia tangible entre esos tres grados o niveles de culpa, salvo que en las definiciones se utilizan menos o distintas palabras, pero en realidad en las tres se habla de la falta de diligencia en la ejecución o cumplimiento de una obligación, sin que a mi juicio se pueda determinar a ciencia cierta cuando se estaría en presencia de una “culpa lata”, cuando en presencia de una “culpa leve” y cuando en una “culpa levísima”, considero que los tres conceptos son subjetivos, pues lo que para uno puede ser leve o levísimo, para otro podría ser todo lo contrario.

4.1.e.- ARTÍCULO 91.

Señala el artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro⁷⁷, lo siguiente:

“Artículo 91.- Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de realización del siniestro.”

El numeral antes transcrito es claro en cuanto a que para fijar la indemnización que resulte del seguro, se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento en que se actualice o materialice el riesgo cubierto por la póliza..

En mi opinión, el artículo en comento no es justo para los asegurados que proceden de buena fe tanto en las contrataciones de los seguros como en las reclamaciones de los siniestros que padecen, por lo siguiente:

Primeramente, porque el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, otorga a las compañías aseguradoras un plazo de treinta días, libres de todo cargo adicional (intereses, por ejemplo), para que hagan pago de las indemnizaciones; plazo que comenzará a computarse a partir del día siguiente al en que se les entregue toda la documentación e información que les permita conocer el fundamento de la reclamación.

⁷⁶ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Enciclopedia Jurídica Mexicana, Tomo II, Editorial Porrúa, página 710.

⁷⁷ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

Y en segundo lugar, porque no debe perderse de vista que los procesos que deben seguirse para la recuperación de los créditos o indemnizaciones, en caso de rechazo por parte de la compañía aseguradora, son sumamente extensos y costosos.

De todos es sabido que en nuestro país la impartición de la justicia no es pronta ni expedita, aunque así lo exija nuestra Carta Magna, siendo el caso que un juicio Ordinario Mercantil, tramitado en contra de un compañía aseguradora, para la recuperación de una indemnización derivada de un contrato de seguro, puede tardar, cuando menos, seis meses contados a partir de la fecha de presentación de la demanda y hasta el dictado de la sentencia de primera instancia, la cual puede ser recurrible e incluso combatible mediante el juicio de amparo directo, lo que podría retardar la resolución del juicio natural cuando menos unos seis meses más, sin embargo, no debe olvidarse que a ese año de procesos engorrosos debe sumársele, además, el tiempo que tarde el absurdo y obsoleto proceso de conciliación que forzosamente debe agotarse previamente a la instancia judicial ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), el cual, en mi experiencia, lleva de dos a tres meses en agotarse, dada la extensa carga de trabajo de dicha dependencia gubernamental.

A esos plazos forzosamente debemos sumarles el tiempo que cualquier abogado requiere para hacer un debido estudio del caso y preparar la reclamación y demanda adecuada, lo cual no lleva menos de un mes de entre la primera cita con el cliente y la fecha de firma de sendos escritos después de múltiples ajustes a los mismos para su “perfeccionamiento”.

De lo anterior, tenemos que desde la fecha del siniestro y hasta el día en que se emita resolución judicial que condene a las compañías aseguradoras a hacer pago de las indemnizaciones que resulten a su cargo, pueden transcurrir cuando menos dieciséis meses, es decir, casi un año y medio en que el asegurado debe permanecer sin recibir la indemnización que le corresponde, la cual no constituye en ningún caso una ganancia o un haber en su patrimonio, pues ya se ha dejado perfectamente claro que el contrato de seguro no tiene como objeto o fin el lucro por parte de los asegurados, sino simplemente que se les resarza en parte del daño sufrido en su patrimonio, a cambio del pago de una prima calculada conforme a las leyes de la estadística, de modo tal que no es justo que la aseguradora sea premiada de su incumplimiento de pago con la concesión que le hace el artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de pagar el precio que tenía el interés asegurable en la fecha del siniestro, pues evidentemente para la fecha de pago el costo o valor del dinero no será el mismo que casi un año y medio atrás.

No obsta a lo anterior el hecho de que la ley imponga a las aseguradoras la obligación de pagar intereses en aquellos casos en el que demoren en el pago de sus deudas, y que dichos intereses superan al interés legal, ya que una cosa es la pena que se debe de cubrir

por no haber pagado en tiempo cierta cantidad, como es el caso de los intereses moratorios, y otra cosa muy distinta es el valor que tenía una cosa que debió pagarse cuando menos dieciséis meses atrás con el que tendrá después de transcurrido dicho tiempo, a lo que además deberá agregársele o considerarse los gastos en que forzosamente incurrió el asegurado para hacerse de abogados para la defensa de sus intereses, así como quizá los compromisos personales de carácter económico que pudo haber contraído el asegurado para remediar en su momento el costo del siniestro, como pueden ser préstamos de dinero con interés, remate de bienes de su propiedad a precios por demás bajos, renta de vehículo o gastos de transporte público, etc.

Insisto, el artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, constituye una disposición legal injusta para los asegurados, que premia y alienta a las aseguradoras a negar el pago de las reclamaciones que se les presentan, pues a fin de cuentas ello ningún perjuicio les acarrea, ya que indudablemente acabarán pagando cuando menos un año y medio después la misma cantidad que hubieran tenido que pagar desde un principio, y eso siempre y cuando la sentencia judicial o laudo arbitral, según sea el caso, les sea contrario a sus intereses, lo que en muchas ocasiones no sucede, aún y cuando la negativa de pago de la indemnización se hace descansar en argumentos infundados.

4.1.f.- ARTÍCULO 95.

Este precepto legal es del tenor literal siguiente⁷⁸:

“Artículo 95.- Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor real de la cosa asegurada y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

Si no hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, pero únicamente hasta la concurrencia del valor real de la cosa asegurada, teniendo ambas partes la facultad de pedir la reducción de la suma asegurada. La empresa aseguradora no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el periodo en curso, en el momento del aviso del asegurado.”

Considero que dicho dispositivo legal, en parte, es un gran acierto de nuestro poder legislativo, pues con en él se hace justicia a las compañías aseguradoras y se castiga a

⁷⁸ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

aquellos que procedan de mala fe al pretender atribuirle un valor mayor a los bienes objeto del seguro.

Sin embargo, por otro lado, considero que la disposición en comento violenta otras normas jurídicas de importancia trascendental, como lo es el artículo 78 del Código de Comercio⁷⁹, el cual expresamente establece:

“Artículo 78.- En las convenciones mercantiles, cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse.”

Efectivamente, el contenido del artículo 95 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, violenta lo establecido por el 78 del Código de Comercio, pues no obstante que este precepto legal establece claramente que la voluntad de las partes es la máxima ley en los contratos mercantiles, el otro dispone que la empresa aseguradora no estará obligada a pagar el precio que acordó pagar al asegurado en caso de siniestro, si demuestra que el valor real de la cosa asegurada es inferior al pactado en el contrato.

Estoy de acuerdo en la procedencia de la nulidad del pacto relativo cuando se demuestra que hubo mala fe o dolo del asegurado al momento de contratar, sin embargo, no estoy de acuerdo en que opere dicha nulidad si no existió ninguna de esas dos conductas ilegales, pues, insisto, estimo que ninguna ley debe violentar la voluntad expresa de las partes, máxime porque la prima que el asegurado pagará a la compañía aseguradora, será indiscutiblemente proporcional al monto del interés asegurable, de modo tal que si el asegurado pagó durante la vigencia de la póliza y hasta el momento del siniestro, el importe de la prima que acordó con la empresa aseguradora, no veo porqué ésta no deba pagar el importe acordado en la póliza como indemnización para el caso de siniestro.

Si bien es cierto que las compañías aseguradoras operan con el fondo económico que se crea en gran medida con el dinero de todos los asegurados, no menos cierto es que ello no debe ser causa suficiente para establecer que las compañías aseguradoras no tendrán la obligación de pagar una suma mayor al valor real del interés asegurable, no obstante que así se hayan obligado en el contrato, pues considero que el último que debe verse afectado con una pacto de esa naturaleza es el asegurado que actuó de buena fe al celebrar el contrato en esos términos, en todo caso estimo que lo correcto sería que se respete ese pacto, en términos del artículo 78 del Código de Comercio, y que se sancione a la aseguradora por haber aceptado condiciones desfavorables para todos los demás asegurados.

⁷⁹ Código de Comercio, Editorial Greca, Enero 2004.

4.2.- LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

En términos generales, el ordenamiento legal en comento no presenta mayores deficiencias que afecten de manera significativa los intereses de los asegurados, por lo menos en cuanto a materia de reclamaciones de pago de indemnizaciones se refiere.

Son dos particularmente los artículos que a mi parecer lesionan los derechos de los gobernados y motivan o dan lugar a esa inseguridad en las personas que quieren contratar o contratan un seguro. Tales preceptos legales son el 135-Bis y el 136, el primero habla sobre las sanciones que deberán imponerse a las aseguradoras en caso de que nieguen injustificadamente el pago de una reclamación; y el segundo se refiere al requisito previo de procedibilidad que se debe agotar previamente al ejercicio de cualquier acción judicial.

Durante los más de ocho años de experiencia que tengo como litigante, no he conocido abogado alguno que esté de acuerdo con las sanciones a aplicarse a las compañías aseguradoras en caso de negativa injustificada de pago de las indemnizaciones a su cargo, ni con el proceso conciliatorio que la ley nos impone como requisito previo a la instancia judicial.

Estoy cierto de que sendas disposiciones son deficientes, no sólo por la inconformidad que muestran los litigantes hacia ellas, sino porque en realidad obstaculizan y dilatan el cumplimiento de las obligaciones de las aseguradoras y la impartición de justicia.

4.2.a.- ARTÍCULO 135 BIS.

El precepto legal en cita establece lo que a la letra se transcribe⁸⁰:

“Artículo 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de estas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las

⁸⁰ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquel en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; y

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.”

Considero que las penas o sanciones previstas en las diversas fracciones que conforman el numeral transcrito, no son suficientes para reparar a los asegurados los daños que se les pueden causar con el incumplimiento de las aseguradoras.

Creo firmemente que los gastos en que tiene que incurrir un asegurado al que no se le hace el pago oportuno de la indemnización que en derecho le corresponde, son superiores a la compensación que recibiría el afectado por la imposición legal de las penas a que se haría acreedora la compañía aseguradora morosa, máxime que a mi parecer esa morosidad, en muchos casos, deviene de una conducta un tanto dolosa de la institución financiera.

En efecto, han sido múltiples ocasiones en las que al acudir en queja ante la CONDUSEF, exigiendo el pago de determinada indemnización, los abogados de la compañía aseguradora morosa rechazan de entrada toda amigable composición en la que el asegurado pretenda negociar el pago del 100% de la indemnización que corresponde conforme a la póliza, limitándose a efectuar una contraoferta inferior, argumentando que de aceptar pagar el 100% de lo reclamado sería tanto como aceptar una condena judicial en su contra, y que para ello prefieren mejor arriesgar sus resultados a lo que dictamine un juez.

Honestamente, si yo como abogado estuviera del lado de la aseguradora, seguramente actuaría de la misma forma, es decir, rechazaría toda negociación que me parezca dudosa y en la que el asegurado pretendiera el pago del 100% de la indemnización, pues es cierto, quizá sea más conveniente arriesgarse en un juicio a ser condenado por un juez, que aceptar desde un inicio el pago de la totalidad de la indemnización reclamada, ya que podría darse el caso de que el asegurado no plantee una adecuada demanda o que no se defienda correctamente durante el juicio, dando lugar a que se dicte una sentencia absolutoria a favor de la aseguradora, y en caso contrario, la penalidad que se aplicaría a la institución financiera no es nada gravosa ni acarrea consecuencias más allá del pago de un simple interés moratorio, de ahí la deficiencia del precepto legal en estudio.

4.2.b.- ARTÍCULO 136.

Señala el dispositivo legal en cita⁸¹, lo siguiente:

“Artículo 136.- En materia jurisdiccional:

⁸¹ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

I.-Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior.

En cualquier momento en que aparezca que no se agotó el procedimiento conciliatorio, deberá sobreseerse la instancia e imponer al actor las costas originadas por el procedimiento.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la vía administrativa constituye, además, una excepción dilatoria que puede interponerse por la empresa de seguros demandada;

II.- (Se deroga.)

III.-Para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el juez lo comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII del artículo 135 de este ordenamiento, sin perjuicio de que ordene a la propia Comisión a que pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia, del monto de la reserva constituida e invertida en los términos del artículo anterior. Si no fuere suficiente la reserva, la Comisión procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta ley, y si ellos estuvieren afectos a la reservas de la empresa de seguros, esta deberá reponerlos en los términos que esta ley señala para la reconstitución de las reservas. La Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

IV.- (Se deroga).

V.- (Se deroga)."

De la lectura de la fracción I del numeral antes transcrito, tenemos que nadie podrá acudir ante ningún tribunal judicial a deducir sus derechos en contra de una empresa aseguradora con motivo de la falta de pago de una indemnización, si previamente no se acudió ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para tal efecto, siendo obligación de los asegurados demandantes el manifestar, bajo protesta de decir verdad, haber dado cumplimiento a dicho requisito previo de procedibilidad de la acción judicial respectiva.

Cualquier persona que haya simplemente leído el contenido del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tendrá las bases y elementos suficientes para darse cuenta que la disposición antes mencionada, es a todas luces

inconstitucional y, por tanto, ilegal, pues dicho numeral de nuestra Carta Magna es claro y expreso en cuanto a que toda persona tiene derecho a que se le imparta justicia pronta y expedita por los tribunales constituidos para tales efectos.

Lo anterior ya fue previamente mencionado en el Capítulo Tercero de esta Tesis, incluso se hizo la citación y reproducción expresa de la jurisprudencia emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en ese sentido, es decir, que resulta a todas luces inconstitucional que se obligue a una persona a agotar el citado procedimiento conciliatorio extrajudicial previamente al ejercicio de la acción jurisdiccional, permitiéndome volver a transcribir en este apartado la aludida jurisprudencia, dada su importancia y trascendencia en lo que ahora se expone:

Novena Epoca

Instancia: Pleno

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomó: VI, Julio de 1997

Tesis: P. CXIII/97

Página: 18

SEGUROS, INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE. LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 136 DE LA LEY QUE LAS REGULA, VIOLA EL ARTÍCULO 17 CONSTITUCIONAL, EN TANTO QUE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE AGOTAR UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO ANTES DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES JUDICIALES. Al disponer la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que "Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior.", limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el segundo párrafo del artículo 17 constitucional, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una institución o sociedad mutualista de seguros a agotar un procedimiento de conciliación ante dicha comisión, que es un órgano administrativo que no ejerce formalmente funciones jurisdiccionales, e impone al actor la sanción adicional de pagar las costas del juicio si no actúa en los términos previstos en el citado precepto, y si bien dichos procedimientos alternativos de resolución de controversias constituyen vías expeditas que aligeran la carga de trabajo de la potestad común, éstas deben ser optativas y no obligatorias, pues todos los gobernados tienen derecho a que se les administre justicia sin obstáculos o trabas, lo que no

acontece cuando el legislador establece etapas conciliatorias, no previstas en el texto constitucional, que deben agotarse obligatoria y necesariamente antes de acudir a los tribunales judiciales.

Amparo directo en revisión 1048/95. Unión de Crédito Agropecuario de Pequeños Productores del Norte de Zacatecas, S.A. de C.V. 20 de marzo de 1997. Unanimidad de diez votos. Ausente: José Vicente Aguinaco Alemán. Ponente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Secretaria: Angelina Hernández Hernández.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada el veintitrés de junio en curso, aprobó, con el número CXIII/1997, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación es idónea para integrar tesis jurisprudencial. México. Distrito Federal, a veintitrés de junio de mil novecientos noventa y siete.

El hecho de que se **obligue** a los asegurados a agotar una instancia administrativa previamente a la instancia judicial, indudablemente provoca que se viole la garantía de audiencia tutelada por el artículo 17 constitucional, pues al exigir que primeramente se acuda a deducir los derechos ante una dependencia gubernamental distinta a la judicial, como lo es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, hace imposible que se le respete al asegurado su derecho a recibir impartición de justicia pronta y expedita, pues es de sabido derecho que dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, o de la ahora Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, no se encuentra la de ejercer actos de ejecución, la cual le compete única y exclusivamente a los tribunales judiciales, de modo tal que aún y cuando el asegurado obtuviera un fallo favorable ante la citada instancia administrativa, podría darse el caso de que posteriormente fuera indispensable ejercitar la acción judicial de pago correspondiente, si la compañía aseguradora omitiera dar cumplimiento al laudo arbitral emitido por la mencionada Comisión.

Antes de iniciar con el desarrollo de este tema de Tesis, no entendía el porqué de la existencia de una disposición como la contenida en la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y ahora que me aboqué a las investigaciones del caso, entiendo mucho menos la razón de ser de dicha disposición, pues en la práctica, he notado que resulta del todo impráctica e infructuosa la exigencia de acudir previamente a agotar una instancia meramente conciliatoria, y más ahora que se debe acudir ante la CONDUSEF y no ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como indebidamente lo sigue preceptuando el numeral en comento, pues desde que se puso en vigor la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (19 de enero de 1999), no he sabido de caso alguno en el que la institución de seguros apruebe o acepte someterse al

arbitraje de la citada Comisión, sino que el resultado final de todas las reclamaciones presentadas ante dicho organismo público, es la terminación de la etapa conciliatoria sin arreglo entre las partes, dejándose a salvo los derechos del asegurado para que los haga valer ante los tribunales competentes.

Si bien es cierto que hoy en día el agotamiento del procedimiento conciliatorio ante la CONDUSEF no constituye un requisito previo de procedencia de la acción jurisdiccional, dada la derogación del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el cual previa la forma y términos en que debía desarrollarse dicho procedimiento extrajudicial, no menos cierto es que ello no hace intrascendente u ocioso todo lo antes expuesto en este apartado, pues es un hecho que el texto que se analiza del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (fracción I), sigue existiendo tal cual en la ley vigente, constituyendo ello una deficiencia notable del citado ordenamiento legal.

Evidentemente otra de las anomalías o errores que presenta el artículo en estudio, es lo relativo a que en la misma fracción I se hace referencia a un procedimiento conciliatorio a seguirse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando dicho órgano, desde el 5 de enero del 2000, fecha en que se emitió el Decreto que creo a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dejó de ser el responsable de atender las reclamaciones que den origen a los procedimientos conciliatorios de que habla este artículo, siendo la encargada de ello la ya tantas veces nombrada CONDUSEF, de modo tal que es pertinente señalar que la transcripción que se hizo en párrafos anteriores del artículo 136, es realmente una inserción textual de la ley según la página electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM⁸².

Por último, la fracción III del artículo en cuestión, también contiene dos errores notables. El primero, porque remite al contenido de un precepto legal derogado, como lo es el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, al establecer, en su parte conducente, lo siguiente:

“Artículo 136.- . . .

III.- ...el juez lo comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII del artículo 135 de este ordenamiento...”

Y el segundo error, porque en cierto modo impide al juez ejercer su función jurisdiccional de ejecución de sentencias, ya que no se le permite a éste requerir directamente

⁸² Página web <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/cefed/146.htm?s=>, año 2004.

a la compañía aseguradora para que haga pago de lo debido con apercibimiento de descuento de la reserva técnica o del remate en bolsa de sus valores, sino que necesariamente deben ejecutarse dichos actos a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (ahora a través de la CONDUSEF), al establecerse en el numeral en estudio⁸³, lo siguiente:

“Artículo 136.- . . .

Para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el juez lo comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII del artículo 135 de este ordenamiento, sin perjuicio de que ordene a la propia Comisión a que pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia, del monto de la reserva constituida e invertida en los términos del artículo anterior. Si no fuere suficiente la reserva, la Comisión procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta ley, y si ellos estuvieren afectos a la reservas de la empresa de seguros, esta deberá reponerlos en los términos que esta ley señala para la reconstitución de las reservas. La Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.”

(El subrayado es mío)

4.3.- LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

Este ordenamiento legal entró en vigor a los noventa días siguientes a los de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, lo cual se realizó el 18 de enero de 1999, según su artículo Primero Transitorio.

El objeto de esta ley, según su artículo 1º, es la protección y defensa de los derechos e intereses del público usuario de los servicios financieros, que prestan las instituciones públicas, privadas y del sector social debidamente autorizadas, así como regular la organización, procedimientos y funcionamiento de la entidad pública encargada de dichas funciones.

Como ya se ha dicho a lo largo de esta Tesis, a través de este ordenamiento legal se encomendó a la CONDUSEF, entre otras facultades, la de atender las reclamaciones

⁸³ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

que presenten los asegurados en contra de las compañías aseguradoras, derivadas de un contrato de seguro, llevando a cabo procedimientos conciliatorios para procurar avenir las diferencias entre los asegurados y las instituciones financieras respectivas, y, en su caso, juicios arbitrales para solucionar las controversias suscitadas entre estos, fijando expresamente las bases conforme a las cuales se deberán tramitar sendos procedimientos.

En mi opinión, son dos los preceptos legales de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, que resultan deficientes, a saber: el artículo 75, fracciones V y VIII, y el 83, por las razones que se exponen a continuación.

4.3.a.- ARTÍCULO 75, FRACCIONES V Y VIII.

Este numeral dispone expresamente en su parte conducente⁸⁴:

Artículo 75.- El procedimiento arbitral de estricto derecho se sujetara como mínimo a los plazos y bases siguientes:

.....

V. Ocho días comunes a las partes para formular alegatos;

.....

VIII. Se aplicara supletoriamente el Código de Comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho Código, se aplicaran las disposiciones del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617, y

.....”

En el apartado 3.2.2.d del capítulo anterior, claramente mencioné que a mi parecer el plazo de ocho días que contempla la fracción V, del artículo 75 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, es sumamente excesivo, ya que esta etapa ni siquiera tiene importancia o injerencia alguna en el proceso, habida cuenta que constituye simplemente la presentación de un escrito en el que se expresará al árbitro las causas por las cuales se estima que deberá declararse procedente la acción o la excepción, según sea el caso, a la luz de los resultados que hayan arrojado las pruebas desahogadas, sin embargo, es al árbitro al que le corresponde, de oficio, analizar escrupulosamente si se demostró la una o la otra, debiendo valorar conforme a derecho las pruebas aportadas y desahogadas en autos, de modo tal que el hecho de que se formulen o no los alegatos en el proceso, ninguna relevancia tiene.

⁸⁴ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

Existen múltiples tesis en ese sentido emitidas por nuestro Máximo Tribunal, que si bien es cierto se refieren a procesos jurisdiccionales y no arbitrales, son perfectamente aplicables al caso por analogía, por lo que me permito reproducir a continuación una de ellas, como sigue:

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
Parte : XIV-Septiembre
Tesis: XX. 282 K
Página: 332

FALTA DE ANALISIS O REFERENCIA DE LOS ALEGATOS FORMULADOS. NO CONSTITUYE VIOLACION DE GARANTIAS POR PARTE DE LA RESPONSABLE LA. *No constituye violación de garantías por parte de la autoridad responsable la omisión consistente en no tomar en consideración los alegatos de las partes, toda vez que éstos son simples manifestaciones producidas por los contendientes y que no obligan a la autoridad responsable a resolver conforme a su contenido, sino de acuerdo a la litis planteada y a las pruebas recibidas y desahogadas durante el procedimiento.*

TRIBUNAL COLEGIADO DEL VIGESIMO CIRCUITO.

Amparo directo 219/94. Antonio Zazueta Armenta, en su carácter de representante legal de los Servicios Educativos para Chiapas. 12 de mayo de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: Angel Suárez Torres. Secretario: Víctor Alberto Jiménez Santiago.

Por cuanto se refiere a lo previsto en la fracción VIII del numeral en estudio, la única deficiencia estriba en que, por un lado, establece que para todo lo no previsto en esta ley (Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros), se aplicará supletoriamente el Código de Comercio, y que a falta de disposiciones de este ordenamiento legal se aplicarán las disposiciones del **Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal**, siendo que de conformidad con lo dispuesto por los artículos 2º y 1054 del Código de Comercio, el ordenamiento legal supletorio a éste será el **Código Federal de Procedimientos Civiles**.

Conteste con lo anterior me permito reproducir a continuación el contenido expreso de los artículos citados en último término, como sigue⁸⁵:

⁸⁵ Código de Comercio, Edotorial Greca, Enero 2004.

“Artículo 2.- A falta de disposiciones de este ordenamiento y las demás leyes mercantiles serán aplicables a los actos de comercio las del derecho común contenidas en el Código Civil aplicable en materia federal.”

“Artículo 1054.- En caso de no existir convenio de las partes sobre el procedimiento ante tribunales en los términos de los anteriores artículos, salvo que las leyes mercantiles establezcan un procedimiento especial o una supletoriedad expresa, los juicios mercantiles se regirán por las disposiciones de este libro y en su defecto se aplicará el Código Federal de Procedimientos Civiles.”

De las transcripciones que anteceden, es evidente la deficiencia de la fracción VIII del artículo 75 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, pues a través de este ordenamiento legal no es posible modificarse lo dispuesto por el Código de Comercio, y menos aún cuando no hay razón alguna por la cual sea procedente aplicar supletoriamente a una legislación federal, como lo es la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, una legislación local, como lo es el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

4.3.b.- ARTÍCULO 83.

El artículo en cita establece textualmente⁸⁶:

“Artículo 83.- Tratándose de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como de instituciones de fianzas, en caso de no ejecución del laudo, se ordenará el remate de valores invertidos conforme a las leyes respectivas.”

De la transcripción anterior, se desprende que, en tratándose de laudos dictados en juicios arbitrales en los que se condene a una institución de seguros o de fianzas, no habrá necesidad de acudir ante los tribunales judiciales a efecto de que se ejecute la citada resolución, sino que la propia CONDUSEF podrá mandar directamente el remate en bolsa de los valores de las citadas instituciones, en caso de que éstas se negaren a pagar voluntariamente al asegurado, o bien cuando la reserva técnica constituida por disposición de

⁸⁶ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.

ley, no hubiere sido suficiente para cubrir el monto de la condena tanto de suerte principal como de intereses.

Estimo que dicha disposición es ideal para las personas que acudieron en queja ante la CONDUSEF, aceptaron someterse al arbitraje y obtuvieron fallo favorable a sus intereses, porque inmediatamente puede procederse al cobro de las prestaciones decretadas en su favor, sin embargo la disposición en este sentido es inconstitucional para las compañías aseguradoras, pues violenta el contenido de los artículos 14 y 16 de nuestra Carta Magna⁸⁷.

Los preceptos constitucionales mencionados en el párrafo anterior establecen que:

"Artículo 14. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho.

En los juicios del orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía, y aun por mayoría de razón, pena alguna que no este decretada por una ley exactamente aplicable al delito que se trata.

En los juicios del orden civil, la sentencia definitiva deberá ser conforme a la letra o a la interpretación jurídica de la ley, y a falta de esta se fundará en los principios generales del derecho."

"Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento..."

Como puede observarse, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prohíbe que todo aquél que se encuentre dentro del territorio nacional sea molestado en su persona o en sus bienes, sino media mandamiento de ejecución debidamente fundado y motivado, y hasta en tanto no haya sido oído y vencido en juicio seguido ante los tribunales competentes previamente establecidos por la ley.

En el Capítulo Tercero de esta Tesis se dejó perfectamente claro que el procedimiento arbitral, en cualquiera de las modalidades que se lleve a cabo, no constituye

⁸⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicación internet, página <http://info.juridicas.unam.mx/infjur/leg/legmexes.htm>, abril del 2004.

propriadamente el proceso jurisdiccional a que se refieren los artículos 14 y 16 constitucionales, de modo tal que si una persona fuera molestada en su persona o en sus bienes a consecuencia de un mandamiento emitido por una autoridad diversa a la judicial, como lo es la CONDUSEF, se violentaría en su perjuicio las garantías de legalidad, seguridad jurídica y exacta aplicación de la ley tuteladas por dichos numerales supremos.

En ese tenor, estimo, no cabe duda de que lo dispuesto por el artículo 83 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, resulta a todas luces inconstitucional, al disponer que se podrá molestar en sus bienes a las aseguradoras o afianzadoras, si éstas no cumplen con los laudos que se dictaran en su contra en los juicios arbitrales seguidos ante la CONDUSEF o resueltos por árbitros propuestos por dicho organismo, y si bien es cierto que dicha disposición también resulta aplicable en tratándose de ejecución de sentencias definitivas dictadas en procesos jurisdiccionales, no menos cierto es que no se limita únicamente a estas resoluciones del poder judicial, sino también a los citados laudos arbitrales.

Considero que el dispositivo legal en comento, a efecto de no resultar inconstitucional, debería limitarse exclusivamente a las sentencias dictadas por los tribunales judiciales competentes, dejando fuera los laudos de cualquier especie, ya que sólo así se respetarían las garantías invocadas en líneas anteriores.

CAPITULO QUINTO

CONCLUSIONES

De lo expuesto a lo largo de este trabajo de Tesis, concluyo que la institución del seguro en nuestro país y en cualquier parte del mundo, es sin duda alguna una de las figuras jurídicas financieras más importantes e imprescindibles económica, comercial y patrimonialmente hablando.

En efecto, por cuanto a México respecta, porque la actividad aseguradora implica la creación de múltiples fuentes de trabajo, pues, como ya se dijo, esta actividad está reservada exclusivamente para las empresas autorizadas para tales efectos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quienes necesariamente deben contratar un gran número de empleados para el manejo de la negociación mercantil, debiendo respetar lo establecido por la Constitución respecto al número mínimo de empleados nacionales en una empresa mexicana. Aunado a ello, debo mencionar que con la comercialización de los seguros se crean fuentes de empleo a trabajadores externos de las compañías aseguradoras, como son los agentes de seguros, quienes en la mayoría de los casos contratan por su cuenta y peculio a más trabajadores que los apoyen con sus gestiones de correduría de seguros.

Otro beneficio que otorga al país el desarrollo de la actividad aseguradora, es la captación de recursos del extranjero, habida cuenta que la ley reserva el ejercicio de dicha actividad a compañías legalmente establecidas en México, lo que implica que los recursos que se aporten a las compañías e instituciones de seguros se mantenga en nuestro país, además de que los impuestos que se causen serán recaudados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Ahora bien, por cuanto se refiere al beneficio patrimonial, este quizá sea el más evidente e importante, porque a fin de cuentas el fin principal que persiguen los seguros es precisamente que quien contrate uno no se vea afectado con la realización de un siniestro o riesgo amparado y cubierto por el contrato respectivo, o cuando menos que el daño patrimonial sufrido no sea tan grave (en la mayoría de los casos el desfaldo no rebasa el 10% del costo total del daño, ya que por lo general ese es el deducible pactado).

Luego entonces, al ser de gran importancia la actividad aseguradora en nuestro país, es imprescindible que la misma se siga dando, sin embargo, no en la forma en que se hace hasta ahora, en la que tal parece que el verdadero negocio de las instituciones de seguros se ha convertido en captar cuanto cliente se les presente para posteriormente negarles el pago de sus reclamaciones (si no todas, al menos un gran número de ellas).

A continuación me permito reproducir un Informe sobre las actividades de atención a Usuarios de la CONDUSEF⁸⁸, relacionado exclusivamente con el sector de seguros:

ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN A USUARIOS CORRESPONDIENTES AL PERIODO ENERO - ABRIL DE 2004

I. RESULTADOS GLOBALES

Acciones de Atención	Asistencia Técnica y Jurídica	Quejas	Arbitraje	Solicitud de Dictamen Técnico	Solicitud de Defensoría Legal	Defensoría	Total
Sector I							
Inst. de crédito	20,386	5,180	0	489	547	223	26,825
Bursátil	214	16	0	5	3	0	238
Org. Aux. de Crédito	474	23	0	7	2	0	506
Seguros	6,728	2,271	1	228	196	43	9,467
Fianzas	171	82	0	10	3	0	266
SAR	85,673	497	0	2	13	6	86,191
No Financiero	2,395	56	-	-	-	-	2,451
TOTAL	116,041	8,125	1	741	764	272	125,944

¹ Se refiere a consultas generales que corresponden a empresas que no pertenecen al sector financiero. Sin embargo, significó una atención en el sentido de informar adecuadamente a la persona y orientarlo hacia la entidad u organismo que pudiera atender sus inconformidades o dudas, lo que queda enmarcado en los conceptos de difusión de la cultura financiera y atención ciudadana.

² Conformado por asistencias de carácter técnico y consultas jurídicas.

El número de acciones de atención brindadas por esta Comisión Nacional durante el periodo enero-abril de 2004 presentó un incremento del 50% con respecto al mismo periodo de 2003. Por acción de atención destacan los crecimientos de las defensorías legales con el 143%, las asistencias con el 54%, las solicitudes de dictamen técnico con el 48% y las reclamaciones con el 15%.

⁸⁸ Dirección de internet: http://www.condusef.gob.mx/estadisticas/inf_ene_abril_2004.htm

II. ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR SECTOR

II.4. SECTOR SEGUROS.

Acciones de Atención	Asistencias Técnicas y Jurídicas	Quejas	Arbitrajes	Solicitudes de Dictámenes Técnicos	Solicitudes de Defensoría Legal	Defensorías	Total
Sector							
Ene - Abr 2003	6,334	2,088	2	188	208	31	8,851
Ene - Abr 2004	6,728	2,271	1	228	196	43	9,467
Variación	5.75%	8.76%	-50.0%	21.28%	-5.77%	38.71%	6.62%

En el periodo enero-abril de 2004, los productos que registraron el mayor número de asistencias técnicas fueron: los seguros de automóviles, los seguros de vida individual y los de gastos médicos mayores los cuales representaron, del total de esta acción de atención, el 51%, 16% y 5% respectivamente.

En cuanto a las consultas más frecuentes que dieron origen a las asistencias técnicas de estos productos, tenemos:

- * En el producto de automóviles, el desconocimiento por parte del usuario de la forma en cómo la aseguradora calcula el valor del vehículo cuando se determina la pérdida total de la unidad o bien, la forma de aplicación del deducible u otras deducciones al monto de lo siniestrado y la inconformidad del usuario por la baja o mala calidad de la reparación del vehículo siniestrado cuando la empresa aseguradora es la responsable de la reparación.

- * En el producto de vida individual, el rechazo por parte de la institución a la solicitud de cancelación de la póliza por parte del usuario, la negativa de la institución de proporcionar al usuario información sobre el estado que guarda su póliza, retraso en el pago de la indemnización y la forma en cómo la institución calcula el total de la indemnización cuando existen dividendos y/o aportaciones adicionales –dotales a corto plazo-.

- * En el producto de gastos médicos, inconformidad con el monto de la indemnización, rechazo por enfermedades preexistentes y retraso en el pago de la indemnización.

Por lo que toca a las reclamaciones, al mes de abril de 2004 los productos con mayor número de incidencias, fueron los mismos que los reportados en asistencias técnicas, teniendo como causas principales las siguientes:

- * En los seguros de automóviles, "retraso en el pago de la indemnización" con el 26%, "inconformidad con el monto de la indemnización" con el 12% y "retraso en la reparación" con el 10%.

* En los seguros de vida individual, "retraso en el pago de la indemnización" con el 27%, "rechazo por omisiones y/o inexactas declaraciones" con el 13% y "negativa de la institución a proporcionar información sobre el estatus que guarda la póliza" con el 7%.

* En los seguros de gastos médicos, "retraso en el pago de la indemnización" con el 19% "rechazo por enfermedad preexistente" con el 16% y "rechazo por siniestro excluido o no cubierto" con el 10%. . . ."

Como puede verse del informe anterior, el número de reclamaciones presentadas en materia de seguros ante la CONDUSEF durante el período de enero a abril del 2004, ocupa el segundo lugar de las recibidas por dicho organismo público, estando solo por debajo de las presentadas en contra de instituciones de crédito (bancos), que ocupan el primer lugar.

Asimismo, de dicho informe se advierte que sólo una de las 2,271 reclamaciones atendidas por la CONDUSEF durante el período en cita, se sometió al arbitraje, lo que confirma mi opinión en el sentido de que es un tanto absurdo y poco práctico este tipo de procedimiento heterocompositivo.

El informe en comento también muestra que el manejo u operación de la actividad aseguradora en nuestro país va en decadencia, pues el segundo cuadro o tabla de resultados señala con claridad meridiana que durante el período comprendido de enero a abril del 2004, hubo un incremento en cuanto a reclamaciones se refiere del 8.76%, y una reducción en la atención de arbitrajes del 50%, lo que quiere decir sin lugar a dudas que hay una deficiencia en la legislación en materia de seguros, que da lugar a la comisión de conductas ilegales, tanto de parte de los asegurados como de las aseguradoras, que no se resuelven en forma pronta y expedita por las autoridades administrativas (CONDUSEF concretamente).

Por tal motivo, y dada la importancia de la existencia de la actividad aseguradora en México, igualmente importante es que el Estado ejerza un mejor control sobre dicha actividad, tanto en el comportamiento de las compañías aseguradoras como de los asegurados o beneficiarios que contraten o reclamen el pago de un seguro. Ese control debe de ser en el sentido de procurar evitar que se sigan negando infundadamente el pago de las indemnizaciones por parte de las compañías aseguradoras, así como que se presenten reclamaciones dolosas y notoriamente improcedentes por parte de las aseguradoras, o bien que se contraten seguros con el afán de defraudar a las compañías aseguradoras.

Considero que la forma de lograr ese mejor control, es precisamente con la reforma de aquellos preceptos legales en materia de seguros que a mi parecer resultan deficientes y que quedaron precisados en el Capítulo Cuarto de esta Tesis, así como con la adición de nuevas disposiciones.

Por razón de orden, comenzaré refiriéndome primero a los artículos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, luego a los de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y por último a la Ley de Defensa y Protección a los Usuarios de Servicios Financieros, comenzando según su número de menor a mayor, como sigue:

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

ARTÍCULO 20.

Considero importante que a este precepto legal se le adicionen dos cuestiones de suma importancia. La primera, en el sentido de exigir como requisito de las pólizas la firma del asegurado en las mismas, así como en los endosos o documentos en que se hagan constar las cláusulas adicionales pactadas entre las partes, lo cual podría establecerse en la fracción I; y la segunda, obligando a las compañías aseguradoras a que señalen en forma clara y precisa si existen endosos o cláusulas adicionales a las pactadas en las condiciones generales de la póliza, lo que podría estipularse en una fracción independiente.

Con lo anterior, estimo, se evitaría el riesgo de que pudiera alegarse por parte de los asegurados o de los beneficiarios, que la póliza que les presenta la compañía aseguradora no es la misma que ellos recibieron o que no contiene las condiciones pactadas originalmente, así como que las compañías aseguradoras se vean impedidas a presentar endosos inexistentes que modifiquen las condiciones generales originalmente contratadas, es decir, se reduciría al máximo controversias en este sentido, y, por supuesto, la comisión de conductas dolosas, temerarias, fraudulentas y de mala fe por parte de ambos lados (asegurados y aseguradoras).

La redacción del artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, según la propuesta o conclusión anterior, deberá quedar en los siguientes términos:

El numeral en cita textualmente dispone que⁸⁹:

Artículo 20.- 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 póliza deberá contener:

⁸⁹ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.

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

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

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;

VIII.- El señalamiento claro y preciso de si existen endosos o cláusulas adicionales a las condiciones generales de la póliza, los o las cuales deberán correr agregadas a la póliza.

(Lo marcado en **negritas** corresponde a mis propuestas de adición)

ARTÍCULO 47.

Como ya lo dije en el Capítulo Cuarto de esta Tesis, el precepto legal en cita resulta deficiente porque permite a las aseguradoras rescindir de pleno derecho los contratos de seguro si consideran que el contratante o asegurado dejó de cumplir con lo previsto por disposiciones del todo subjetivas, como lo son los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, como ya lo dije anteriormente, creo firmemente que la deficiencia de la ley sobre el particular no es exclusiva del artículo 47, sino también de los tres artículos citados en último término, dado a que van de la mano unos con otros, pues el 47 remite al contenido de los otros tres.

Luego entonces, al ser deficiente el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y al constituir uno de los fundamentos legales en los que más se apoyan las compañías aseguradoras para negar el pago de las reclamaciones que se les presentan, resulta imperativa una reforma a su contenido, así como al de los otros tres preceptos legales a que me he venido refiriendo (8, 9 y 10 de la misma ley).

Por cuanto toca a los artículos 8, 9 y 10, la reforma que considero necesaria debe ser en el sentido de que se imponga a las aseguradoras la obligación de elaborar cuestionarios detallados que habrán de llenarse por quienes pretendan contratar un seguro, previamente al otorgamiento de este, a fin de que las citadas compañías puedan apreciar debidamente el riesgo a ampararse, de modo tal que si existiese una omisión en las declaraciones de quienes pretendan contratar un seguro y hallan llenado a plenitud los citados cuestionarios, no podrá posteriormente invocarse esa omisión como causa de la rescisión de un contrato de seguro, pues sería en todo caso la aseguradora quien dio pie a la omisión de que se trate, ya que es ésta quien debe determinar y efectuar las preguntas que considere importantes e indispensables para la apreciación del riesgo, y quien debe vigilar que se dé respuesta detallada a todas y cada una de las preguntas del citado cuestionario, por lo que la reforma del artículo 47 deberá ser en el sentido de que se elimine de su texto, como causa de rescisión, la palabra “*omisión*”.

En ese tenor, la redacción de los artículos en cita, después de las reformas propuestas, deberá quedar en los siguientes términos:

*“Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo y **detallado que deberá efectuar y presentarle la compañía aseguradora**, 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, siendo obligación de las compañías aseguradoras el verificar que el citado cuestionario sea completamente requisitado por el contratante.”*

*“Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado, **que sean materia del cuestionario a que se refiere el artículo anterior.**”*

*“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario, **que sean materia del cuestionario a que se refiere el artículo 8º de esta ley.**”*

“Artículo 47.- Cualquier 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.”

(Lo marcado en **negrillas** corresponde a mis propuestas de adición)

ARTÍCULO 52.

Según se manifestó en el Capítulo Cuarto de esta Tesis, este artículo, al igual que el 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, resulta deficiente por prever la posibilidad de rescindir un contrato de seguro con apoyo en una palabra tan subjetiva como lo es: “*esencial*”, puesto que lo que para uno puede ser “*esencial*”, para otro puede no serlo tanto, de modo tal que no creo justo que a una compañía aseguradora se le faculte para poder rescindir un contrato de seguro por el simple hecho de que considere que no se le dio aviso de una supuesta “*agravación esencial del riesgo*”, la cual, para el propio asegurado, beneficiario o contratante, pudiera no serlo.

Considero que la determinación de si una agravación del riesgo es o no “*esencial*”, debería dejarse al arbitrio de una tercera persona, que podría ser la CONDUSEF o la primera autoridad política de la localidad (un juez de primera instancia), en el entendido de que las obligaciones de la aseguradora no podrán cesar como lo contempla el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, sino hasta en tanto se emita la resolución final por parte de dichos terceros, en la que determinen que efectivamente la agravación del riesgo para los efectos que contempla dicho precepto legal es “*esencial*”.

En ese orden de ideas, estimo necesaria una reforma al numeral de mérito, en los siguientes términos:

*“Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo, **previa resolución de la Comisión Nacional para la Defensa y Protección al Usuario de Servicios Financieros o de la primera autoridad política del lugar de su residencia.**”*

(Lo marcado en **negrillas** corresponde a mis propuestas de adición)

ARTÍCULO 78.

La deficiencia que a mi juicio presenta el precepto legal en estudio, ya quedó clara y ampliamente mencionada en el capítulo anterior de esta Tesis, que en resumen consiste en la inmensa subjetividad que presentan las palabras “*culpa grave*”.

Al igual que los artículos 48 y 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el artículo 78 permite a las aseguradoras abstenerse de cumplir con su obligación de pago de la indemnización derivada del contrato de seguro si a su juicio el siniestro fue provocado por “*culpa grave*” del asegurado. Sin embargo, en este numeral y en ninguno otro se define lo que debe entenderse por “*culpa grave*”, siendo importante destacar que el propio artículo 78 establece que su obligación de pago subsistirá aún cuando el siniestro hubiere sido causado por “*culpa*” del asegurado, sin especificar tampoco lo que debe entenderse por este último concepto.

En mi opinión, el numeral de mérito debe reformarse en el sentido de que se exija a las aseguradoras definir en forma clara y precisa lo que debe entenderse por “*culpa*” y por “*culpa grave*”, de modo tal que no exista ni la más mínima duda en los asegurados de la diferencia entre uno y otro concepto; por lo que en mi opinión el texto del artículo 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe quedar en más o menos como sigue:

“Artículo 78.- La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando este haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave, debiendo ésta definir en el contrato con toda claridad y precisión lo que debe entenderse por culpa y por culpa grave, a efecto de que no quede duda alguna de la diferencia entre uno y otro caso, o de lo contrario la aseguradora no quedará liberada de su obligación de pago.”

(Lo marcado en **negritas** corresponde a mis propuestas de adición)

ARTÍCULO 91.

Tal y como lo señalé en el Capítulo Cuarto de esta Tesis, la deficiencia de este numeral es evidente, al establecer que el valor de la indemnización que habrán de pagar las aseguradoras a los asegurados o beneficiarios, se determinará tomando en cuenta el valor del interés asegurado a la fecha del siniestro.

La deficiencia estriba en que en muchos casos el valor del interés asegurable pudiera ser mucho mayor a la fecha de pago que el que tenía al momento de presentarse el siniestro, lo que provocaría que con la aplicación de dicho precepto legal los asegurados o

beneficiarios no se vieran realmente resarcidos del daño sufrido por el siniestro, o incluso que ningún caso hubiere tenido el haber contratado el seguro, como podría ser en el caso de que se presentara una devaluación de gran magnitud en nuestro país como la que se suscitó en diciembre de 1994, o bien que se efectuara de nueva cuenta una supresión de tres ceros en nuestra moneda como se hizo en 1993 (por disposición del Decreto de fecha 22 de junio de 1992).

En ese tenor, estimo de gran importancia el que se reforme el artículo en estudio, dejando abierta la posibilidad a los asegurados de que escojan cuál de los dos valores del interés asegurables deberán tomarse en cuenta para la indemnización del daño sufrido por el siniestro, esto es, si el que tenía a la fecha del siniestro o el que resulte a la fecha del pago.

Siguiendo ese lineamiento, el texto del artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, según la reforma propuesta, deberá quedar de la siguiente manera:

“Artículo 91.- Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de realización del siniestro, o bien el que tenga a la fecha del pago, según convenga a los intereses del asegurado.”

(Lo marcado en **negritas** corresponde a mis propuestas de adición)

ARTÍCULO 95.

Según se expuso en el capítulo anterior, este dispositivo legal rompe con lo preceptuado por el artículo 78 del Código de Comercio y con el principio de libertad de las partes de contratar en la forma y términos que les parezcan, siempre y cuando al hacerlo no infrinjan disposiciones de orden público e interés general.

En realidad creo que si las partes actuaron de buena fe y estuvieron concientes y aceptaron al momento de contratar que se le atribuyera un valor mayor al interés asegurable que el que realmente le corresponde, entonces no considero justo ni legal que posteriormente se le permita a las partes romper el pacto sobre el particular y pedir que se ajusten las circunstancias al valor real de lo asegurado, porque, se insiste, ello rompe con el artículo y principio general de derecho antes mencionado.

Si bien es cierto que al respecto la ley señala que cualquiera de las dos partes contratantes (aseguradora o asegurado), podrán pedir el ajuste correspondiente, no menos cierto es que ello no es razón suficiente para permitir que se lleve a cabo el mismo con la simple petición unilateral de una de las partes, sino que en todo caso estimo que esa petición

únicamente debería de resultar procedente si fuera presentada de común acuerdo por los contratantes, por lo que considero conveniente la reforma al texto del artículo 95 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para quedar en los siguientes términos:

“Artículo 95.- Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor real de la cosa asegurada y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

*Si no hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, teniendo ambas partes la facultad de pedir la reducción de la suma asegurada, **siempre y cuando así lo decidieren de común acuerdo**. La empresa aseguradora no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el periodo en curso, en el momento del aviso del asegurado.”*

(Lo marcado en **negritas** corresponde a mis propuestas de reforma)

ADICIÓN DE NUEVAS DISPOSICIONES.

Además de las reformas sugeridas con anterioridad, considero importante que se adicionen a la Ley sobre el Contrato de Seguro otras disposiciones que a mi parecer podrían ayudar al desarrollo de la actividad aseguradora en nuestro país, tales como:

- ❖ Una en la que se establezca la imposición de fuertes multas administrativas a aquellas personas, ya sean físicas o morales, asegurados o aseguradoras, que contraten con manifiesta temeridad o mala fe, independientemente de las sanciones penales que pudieran llegar a ejercitarse en su contra. Esta adición podría agregarse a la ley como un artículo 10-Bis, y con ella estimo que las personas pensarían dos veces el intentar sorprender la buena fe de su contraparte, y con ello evitar la reclamación del pago de indemnizaciones notoriamente improcedentes, o incluso el que se emitan resoluciones negativas de pago por parte de las aseguradoras, a sabiendas de que el asegurado tiene la razón y el derecho a ser indemnizado.
- ❖ Otra que le permita a los asegurados rescindir el contrato con la consecuente responsabilidad de daños y perjuicios a cargo de la compañía aseguradora. Esta adición podría incorporarse a la ley como parte integrante del artículo 71, que prevé lo relativo al plazo con que cuentan las citadas instituciones para hacer el pago de las reclamaciones, o bien como un nuevo precepto legal 71-Bis, y con ella se persigue la posibilidad de que los asegurados se vean realmente resarcidos de los daños y perjuicios que les pudieren

causar las aseguradoras con las negativas injustificadas de pago, habida cuenta que a mi parecer, y como ya lo dije en el Capítulo Cuarto de esta Tesis, las sanciones que impone la ley a las citadas instituciones financieras a favor de los asegurados, no son del todo gravosas o benéficas para los afectados.

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

ARTÍCULO 135-BIS.

En el Capítulo Cuatro de esta Tesis señalé medularmente que la deficiencia de este precepto legal estriba en que a mi juicio las sanciones que se impondrán a las aseguradoras que resulten condenadas a pagar a los asegurados las indemnizaciones derivadas de las pólizas de seguro no resultan suficientes para resarcir a los asegurados o beneficiarios de los daños que se les causó con la negativa de pago injustificada.

En ese orden de ideas, estimo necesaria una adición a dichas sanciones, manteniendo las mismas como están, pero agregando lo relativo al pago de daños y perjuicios causados a los asegurados o beneficiarios, ya que sólo así se podrá ir reduciendo esa práctica maliciosa que día con día se va presentando con mayor continuidad en las compañías aseguradoras.

La adición a efectuarse deberá consistir en el condenar también a las aseguradoras al pago de los daños y perjuicios causados a los asegurados o beneficiarios, por lo que el texto del precepto legal de mérito deberá de quedar más o menos así:

“Artículo 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente, además de los daños y perjuicios que se le hubieren ocasionado al asegurado o beneficiario, según sea el caso:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de estas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las

instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquel en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; y

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las

fracciones precedentes, además de los daños y perjuicios causados con su incumplimiento, los que deberán de cuantificarse en ejecución de sentencia.”

(Lo marcado en **negritas** corresponde a las adiciones propuestas)

ARTÍCULO 136.

En el caso de este precepto legal, las reformas a proponerse son bastante relevantes e indispensables para la buena práctica de los procesos legales a tramitarse y de los ya tramitados y resueltos a favor de los asegurados o beneficiarios.

Como se dijo en varias ocasiones a lo largo de esta Tesis, con la derogación del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ya no resulta necesario agotar el procedimiento conciliatorio de que hablaba este precepto legal previamente al ejercicio de la acción jurisdiccional, sino que las partes ya pueden optar libremente por seguir dicho procedimiento puramente administrativo, o bien acudir directamente ante los tribunales competentes a deducir sus derechos en contra de las aseguradoras, de modo tal que no veo la razón de que el artículo 136 de la ley en cita, en su fracción I, siga señalando que los tribunales no deben dar entrada a demanda alguna en la que no se manifieste bajo protesta de decir verdad que previamente se agotó el procedimiento conciliatorio.

Por las mismas razones antes expresadas, deberá eliminarse la fracción III del precepto legal en estudio, pues igualmente hace referencia al procedimiento conciliatorio que regulaba el derogado artículo 135.

Considero que con la derogación de sendas fracciones (I y III), se van a eliminar las dudas que muchísimos litigantes tienen a la fecha respecto a si sigue resultando indispensable el agotamiento previo del procedimiento conciliatorio o no, porque no se entiende cuál pudo haber sido la razón de los legisladores para derogar el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, y dejar vigentes las fracciones I y II del artículo 136 del mismo ordenamiento legal.

En mi caso en particular puedo decir que esas irregularidades de la ley provocaron confusiones y desacuerdos entre los abogados que laboramos en el despacho para el cual presto mis servicios, e incluso es importante mencionar que hasta hace poco seguíamos acudiendo ante la CONDUSEF a desahogar el procedimiento conciliatorio, con el temor de que si no lo hacíamos pudieran desecharnos en los tribunales judiciales las demandas que presentáramos sin satisfacer ese supuesto requisito de procedibilidad.

Por otro lado, igualmente considero necesario reformar lo relativo a que el remate de valores de las aseguradoras en caso de negativa de cumplimiento a una sentencia judicial por parte de las aseguradoras, deba hacerse a través de la CONDUSEF, pues los tribunales judiciales cuentan con facultades amplísimas de ejecución, de modo tal que no veo la razón por la cual tengan que acudir o pedir el auxilio de un organismo puramente administrativo, como lo es la CONDUSEF, para que se cumplan sus determinaciones.

Atento a lo antes sugerido, el artículo 136 deberá quedar de la siguiente manera:

“Artículo 136.- En materia jurisdiccional:

I.- (Se deroga.)

II.- (Se deroga.)

III.-Para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el juez requerirá a la Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros a que ponga a disposición del juzgado, del monto de la reserva constituida e invertida en los términos del artículo 68, fracción X, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, la cantidad que resulte según la sentencia a favor del asegurado. Si no fuere suficiente la reserva, el juez procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta ley, y si ellos estuvieren afectos a la reservas de la empresa de seguros, esta deberá reponerlos en los términos que esta ley señala para la reconstitución de las reservas. La Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

IV.- (Se deroga).

V.- (Se deroga).”

(Lo marcado en **negritas** corresponde a las reformas propuestas)

ARTÍCULO 75, FRACCIONES V Y VIII.

Las reformas a plantearse para este numeral, concretamente para las fracciones mencionadas, son puramente técnicas, en realidad no cambian mucho el sentido de lo efectuado ya por los legisladores, pues se refieren exclusivamente a reducción de plazos innecesarios a mi juicio y de ajuste de las disposiciones supletorias a aplicarse.

En efecto, en lo que a la fracción V se refiere, sugiero que se modifique el plazo de ocho días que contempla actualmente la ley para formular alegatos en los procedimientos arbitrales, reduciéndolo al de tres días comunes para las partes como lo contempla el Código de Comercio para el caso de los juicios ordinarios mercantiles en su artículo 1388. Estimo que dicho plazo es más que suficiente para agotar una etapa del proceso que ninguna relevancia ni interés práctico tiene realmente.

Y por cuanto toca a la fracción VIII, sugiero que se elimine el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal como uno de los ordenamientos legales que contempla actualmente como supletorios de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y en su lugar se señale el Código Federal de Procedimientos Civiles, ya que es este ordenamiento legal y no el anterior el que en todo caso resulta supletorio del Código de Comercio.

Luego entonces, de ser procedentes las reformas planteadas, el artículo de mérito, en su parte conducente, deberá quedar como sigue:

Artículo 75.- El procedimiento arbitral de estricto derecho se sujetara como mínimo a los plazos y bases siguientes:

.....

V. Tres días comunes a las partes para formular alegatos;

.....

*VIII. Se aplicara supletoriamente el Código de Comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho Código, se aplicaran las disposiciones del **Código Federal de Procedimientos Civiles**, y*

.....”

(Lo marcado en **negrillas** corresponde a las reformas propuestas)

ARTÍCULO 83.

Según puede observarse del capítulo anterior, la deficiencia planteada de este numeral consiste básicamente en que a mi parecer resulta inconstitucional el hecho de que se permita a la CONDUSEF, a través de este dispositivo “legal”, molestar a las compañías aseguradoras en sus bienes si no cumplen con un laudo puramente administrativo, pues los únicos que pueden llevar a cabo tal acción son los tribunales judiciales previamente establecidos, después de haber seguido un procedimiento judicial conforme a las leyes

vigentes, en el que se condene a la compañía aseguradora al pago o cumplimiento de determinada situación y no lo hicieren.

Por lo anterior, considero indispensable la reforma del artículo de mérito en dichos términos, debiendo quedar de la siguiente manera:

*“Artículo 83.- Tratándose de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como de instituciones de fianzas, en caso de no ejecución del laudo, se **pedirá al juez competente que en vía de apremio ordene el remate de valores invertidos conforme a las leyes respectivas.**”*

(Lo marcado en **negritas** corresponde a las reformas propuestas)

Con las reformas, derogaciones y adiciones propuestas a lo largo de este capítulo, estimo, se podrá mejorar el desarrollo y operación de la actividad aseguradora en México, sobre todo en lo relativo a la gran cantidad de procesos judiciales seguidos en contra de las compañías aseguradoras, los cuales creo se podrían ver reducidos en gran magnitud, o de lo contrario cuando menos podrá lograrse una mejor situación de derecho del afectado frente al que afectó.

De verdad creo que nuestro poder legislativo debería de poner un poco más de atención en lo que pasa actualmente y desde hace ya muchísimos años en nuestro país en materia de seguros, pues es indudable que la confianza de los asegurados hacia la actividad aseguradora se ha deteriorado enormemente, al grado de que el título de esta Tesis, “La Inseguridad del Contrato de Seguro”, no es simplemente eso, un título, sino una realidad, por lo menos en un gran número de personas que mes con mes se presentan en el despacho o nos llaman para solicitarnos como abogados nuestra intervención en la obtención del pago de una indemnización a todas luces procedente y que las compañías aseguradoras infundadamente se niegan a cubrir, así como también me han informado de muchísimas personas que acuden con agentes de seguros para solicitar un seguro de automóviles cuando el vehículo a asegurarse ya sufrió un daño o, incluso, ya fue robado, o que piden un seguro de gastos médicos con el objeto de que les cubra la aseguradora los gastos de una operación que saben de antemano ya requieren.

Esas conductas maliciosas, dolosas y fraudulentas, son las que urge erradicar, y considero que un gran paso para hacerlo es llevando a cabo las reformas que propongo, entre muchas otras que a alguien más se le pueden ocurrir después de hacer un estudio minucioso del caso como el que yo hice.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ RUIZ RUEDA, LUIS. El Contrato de Seguro, Editorial Porrúa, 1978.
- ❖ BARRERA GRAF, JORGE, Tratado de Derecho Mercantil, volumen I, Editorial Porrúa, 1957.
- ❖ BARRIOS DE ANGELIS, DANTE, El juicio arbitral, Montevideo, 2000.
- ❖ SÁNCHEZ FLORES, GUILLERMO DE JESÚS, La Institución del Seguro en México, Editorial Porrúa.
- ❖ DE LOS MOZOS, JOSÉ LUIS, El Principio de la Buena Fe, Barcelona, Bosch Casa Editorial, 1965.
- ❖ GARRIGUEZ, JOAQUÍN, Curso de Derecho Mercantil, Tomo II, Editorial Porrúa, 1987.
- ❖ GÓMEZ LARA, CIPRIANO, Teoría General del Proceso, Colección de Textos Jurídicos Universitarios, Octava Edición, Harla, México, págs. 32 y 33.
- ❖ MARTÍNEZ GIL, JOSÉ DE JESÚS, Manual Teórico y Práctico de Seguros, México, Ed. Porrúa 1984.
- ❖ HALPERIN, ISAAC, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma, 1993.
- ❖ PALLARES, EDUARDO, Diccionario de Derecho Procesal Civil, Ed. Porrúa, S.A., 1994.
- ❖ Enciclopedia Jurídica Mexicana del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, 2002.
- ❖ Diccionario de Derecho Procesal Civil. Ed., Porrúa, México, 1994, Vigésima primera edición.
- ❖ Diccionario Jurídico Mexicano, Ed. Porrúa, S.A., Tomo I.
- ❖ Publicaciones Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, año 2004.
- ❖ Curso de Introducción al Seguro, Editorial Porrúa, 1995.

- ❖ IUS 2003, Jurisprudencias y Tesis Aisladas de Quinta a Novena Epoca, CD ROM de la Corte.
- ❖ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Enciclopedia Jurídica Mexicana, Tomo II, Editorial Porrúa.
- ❖ Internet <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/146.htm?s>, año 2004.
- ❖ Código Civil Federal, Editorial Sista, Abril 2004.
- ❖ Ley sobre el Contrato de Seguro, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.
- ❖ Código de Comercio, Editorial Greca, 2004.
- ❖ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editorial Ediciones Fiscales Isef, 2004.
- ❖ Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicación internet, página www.condusef.gob.mx, abril del 2004.
- ❖ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, internet, página <http://info.juridicas.unam.mx/in/jur/leg/legmexes.htm>, abril del 2004.