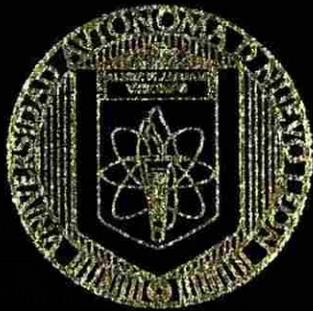


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



"PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL DERECHO
DE SEGUROS Y SU CONTRATO"

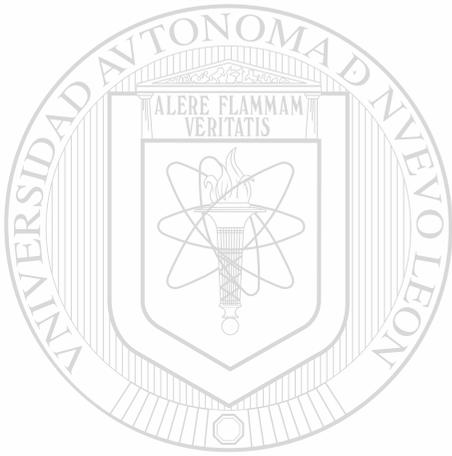
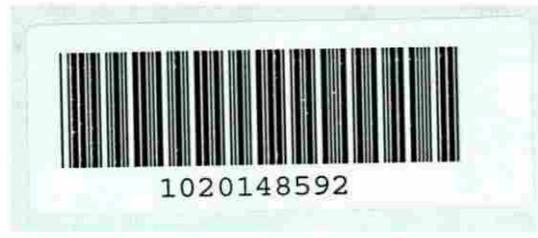
PRESENTA

LIC. HERIBERTO HINOJOSA DIECK

MONTERREY, N. L.

MARZO 2003

TM
K1
FDYCS
2003
.H5



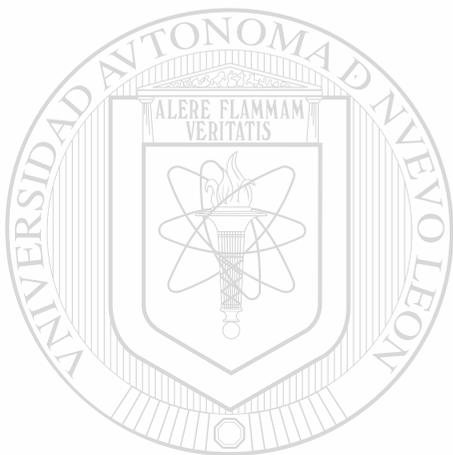
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

~~20~~



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

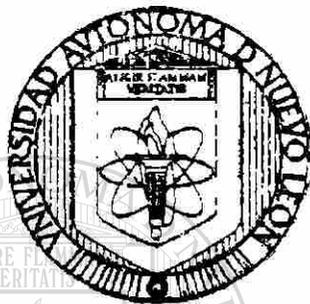
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



“PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL DERECHO
DE SEGUROS Y SU CONTRATO”

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PRESENTA

LIC. HERIBERTO HINOJOSA DIECK

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MONTERREY, N. L.

MARZO 2003

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de
Nuevo León.
División de Estudios de Post-grado.



***“Problemática actual del
Derecho de seguros y su
contrato”***

UANL

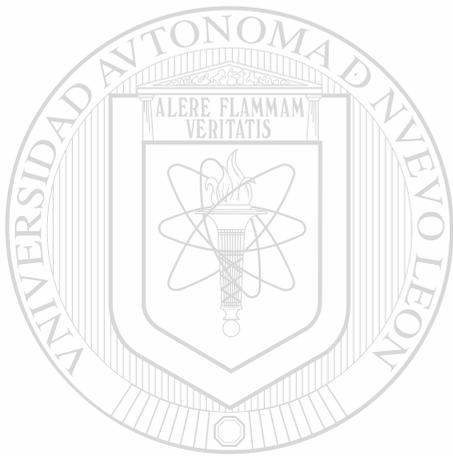
Lic. Heriberto Hinojosa Dieck,
Matricula 447082

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Monterrey, N.L. a 1 de Marzo del 2003.

973 136

TH ?
K1
FDYES
2003
.H5



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**FONDO
TESIS**



*A José Alfredo y Bertha Alicia, mis mayores tesoros.
A mis padres y hermana.*

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

INDICE

Introducción.....	I
-------------------	---

Capítulo Primero

Antecedentes del Contrato de seguro y la actividad aseguradora.

1.- Antecedentes.....	1
-----------------------	---

1.1. Antecedentes generales del contrato de seguro.....	2
---	---

1.2. Antecedentes de los seguros en México.....	9
---	---

1.3. Marco legal del contrato de seguro y la actividad aseguradora.....	13
---	----

1.3.1. Marco legal de la actividad aseguradora.....	14
---	----

1.3.1.1. Constitución y funcionamiento de la instituciones de seguros.....	15
--	----

1.3.1.2. Marco legal de los agentes de seguros y de las demás personas que intervienen en la actividad aseguradora.....	20
---	----

1.3.2. Marco legal del contrato de seguro	24
---	----

1.3.3. Autoridades reguladoras de la función aseguradora y del contrato de seguro.....	26
--	----

1.3.3.1. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.....	27
--	----

1.3.3.2. Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros.....	34
--	----

1.3.3.2.1. Nacimiento de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros.....	34
---	----

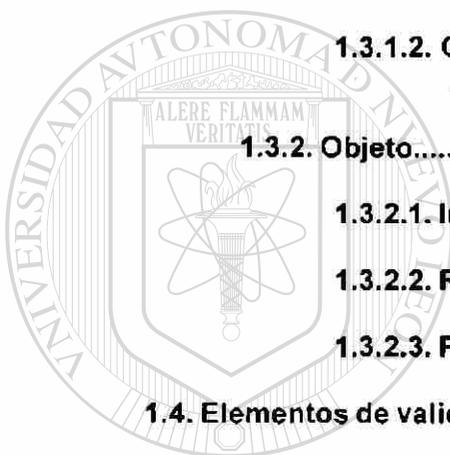
1.3.3.2.2. Implicaciones de la CONDUSEF en la actividad aseguradora.....	38
--	----

CAPITULO SEGUNDO

El contrato de seguro.

1.- Contrato de seguro.....	47
1.1. Concepto.....	47
1.2. Características.....	51
1.2.1. Contrato Mercantil.....	52
1.2.2. Contrato de Garantía.....	55
1.2.3. Contrato Nominado.....	58
1.2.4. Contrato de empresa.....	59
1.2.5. Contrato bilateral.....	66
1.2.6. Contrato oneroso.....	69
1.2.7. Contrato conmutativo en cuanto a las prestaciones a cumplir por las partes y aleatorio en cuanto a la realización del siniestro y su eventual compensación.....	70
1.2.7.1 El 11 de septiembre recuerda la aleatoriedad del contrato de seguro.....	74
1.2.8. Contrato de adhesión.....	79
1.2.9. Contrato consensual en oposición a formal.....	84
1.2.10. Contrato de tracto sucesivo.....	88
1.2.11. Contrato principal.....	89
1.2.12. Contrato de <i>uberrimae bona fidei, fidejussio</i> o de buena fe.....	90
1.2.12.1. Las etapas de la buena fe en la vigencia del contrato de seguro.....	92
1.2.12.2. La buena fe en las instituciones de seguros.....	104

1.2.12.3. Clasificación de las sanciones de acuerdo al quebranto de la buena fe en el contrato de seguro.....	109
1.2.12.4. Rescisión, la mayor sanción impuesta por la falta de buena fe.....	115
1.2.13. Contrato indemnizatorio no lucrativo.....	120
1.3. Elementos esenciales del contrato de seguro.....	121
1.3.1. Consentimiento.....	121
1.3.1.1. Consentimiento de la aseguradora.....	123
1.3.1.2. Consentimiento del tomador del seguro Asegurado y Beneficiario.....	124
1.3.2. Objeto.....	134
1.3.2.1. Interés asegurable.....	138
1.3.2.2. Riesgo.....	143
1.3.2.3. Prima.....	145
1.4. Elementos de validez.....	146
1.4.1. Capacidad.....	147
1.4.2. Forma.....	148
1.4.2.1. Póliza y Condiciones Generales del Contrato de Seguro.....	148
1.4.2.1.1. La póliza como título ejecutivo.....	157
1.4.2.1.2. Las condiciones generales de contratación en la práctica forense.....	162
1.4.3. Ausencia de vicios de la voluntad.....	168



U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

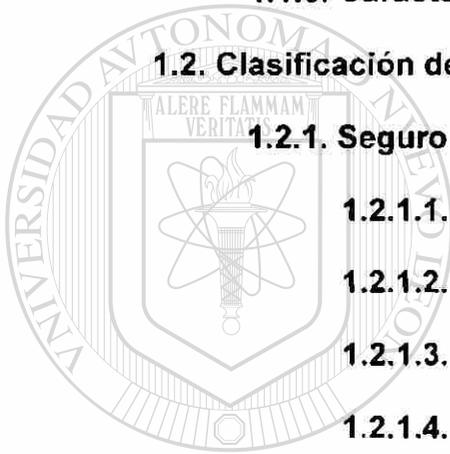
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO TERCERO

Seguro de Personas.

1.- Contrato de seguro de personas.....	167
1.1. Naturaleza y concepto del seguro de personas.....	167
1.1.1. Interés asegurable en el seguro de personas.....	168
1.1.2. Monto asegurable en el seguro de personas.....	170
1.1.3. Carácter indemnizatorio del seguro de personas.....	171
1.2. Clasificación del contrato de seguro de personas.....	172
1.2.1. Seguro de vida.....	172
1.2.1.1. Seguro de vida personal.....	175
1.2.1.2. Seguro de vida de negocios.....	175
1.2.1.3. Seguro de supervivencia.....	176
1.2.1.4. Seguro alternativo.....	176
1.2.1.5. Seguro de ahorro.....	176
1.2.2. Accidentes y enfermedades.....	177
1.2.3. Seguro de salud.....	178
1.2.4. Seguro de gastos médicos.....	179
1.3. La póliza en el contrato de seguro de personas.....	180



UANI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO CUARTO

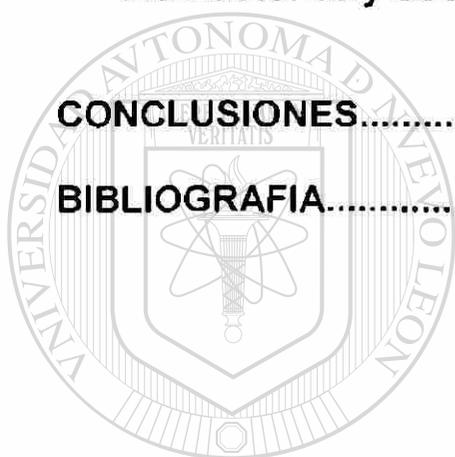
La subrogación en el seguro de gastos médicos.

1.- Concepto de seguro de gastos médicos.....	181
2.- Concepto de subrogación.....	181
2.1. Subrogación en el contrato de seguro.....	183
2.2. Subrogación en el seguro de gastos médicos.....	189
3.- Propuesta de reforma a los artículos 68, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	192
4.- Propuesta de reforma a los artículos 36 fracción II y 36 A de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.....	196
5.- Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos.....	198
5.1. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para las instituciones de seguros.....	200
5.2. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para los asegurados.....	202
5.3. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para los agentes de seguros.....	203
5.4. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para el contrato de reaseguro.....	203

CAPITULO QUINTO.

Venta masiva de los contratos de seguros a través de la instituciones de crédito.

1.- Modo de comercializar los contratos de seguros.....	206
2.- Intervención de las instituciones de crédito en la comercialización de seguros.....	210
3.- Propuesta de reforma a los artículos 23 y 42 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.....	212
CONCLUSIONES.....	215
BIBLIOGRAFIA.....	219



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INTRODUCCION

La razón de ser del título "*La problemática actual del Derecho de Seguros y su contrato*" viene gracias a la excelente división hecha por Rodríguez y Rodríguez acerca de éste tópico, ya que él define a la perfección la manera en que estimó correcto abordar el presente trabajo.

Rodríguez y Rodríguez sostiene: "*Derecho de seguro y contrato de seguro*. No toda la teoría del seguro puede constreñirse a la del contrato de seguro. Si se limitara la exposición del seguro a la teoría de su contrato, habríamos de dejar fuera de nuestra consideración problemas muy interesantes, relativos al ordenamiento jurídico y social de aquél."¹

La apreciación hecha por el insigne tratadista mueve la presente investigación hacia temas de mucha relevancia, que realmente no pertenecen en estricto sentido al contrato de seguro, pero que dada su importancia conviene hacer una referencia a los mismos.

En la presente investigación trataremos los problemas actuales del Derecho de Seguros y su contrato, siendo estos la subrogación en el contrato de seguro de gastos médicos, así como la venta de seguros a través de las instituciones de crédito. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Para poder llegar al marco contextual jurídico sobre el cual se ha de desempeñar el tratamiento de los temas referidos es necesario recurrir a los antecedentes del contrato de seguro y de la actividad aseguradora.

En el capítulo de antecedentes nos ocuparemos de tratar al contrato de seguro desde sus inicios en la sociedad, veremos los inicios de la contratación en nuestro

¹ Rodríguez y Rodríguez, Joaquín. Derecho Mercantil, Tomo II. Editorial Porrúa, México 1978. pág. 161.

País, para con todo ello dar una visión histórica del seguro. Después haremos una referencia al marco legal del contrato de seguro y la actividad aseguradora, viendo en primer lugar lo relacionado a ésta última para así poder comprender debidamente los alcances del contrato de seguro.

En el marco legal de la actividad aseguradora referiremos a la constitución y funcionamiento de las instituciones de seguros, a las personas que intervienen en ella, sus autoridades reguladoras, haciendo un especial detenimiento en los cambios generados en las autoridades encargadas de la inspección, vigilancia y procedimientos arbitrales.

Haremos un repaso sobre el contrato de seguro, sobre su concepto, características, haciendo mención a los efectos del atentado a las torres gemelas del 11 de septiembre del 2001, también haremos un repaso del concepto de la buena fe durante toda la vida del contrato de seguros, es decir, antes de iniciar la vigencia del contrato, en la vigencia del contrato y al momento de suceder el siniestro, se analizarán los elementos de validez del contrato del seguro, dentro del estudio de los elementos esenciales de la contratación, hemos querido establecer un estudio de las actitudes de las partes frente a la desobediencia de la buena fe en el contrato del seguro.

Estudiaremos los elementos de validez del contrato, pasando por su capacidad, forma, dentro del aspecto de la forma entraremos en el estudio de la póliza y sus condiciones generales del contrato de seguro y ausencias de vicios de la voluntad.

Para terminar de llegar al marco contextual jurídico de los temas que serán abordados en la investigación estudiaremos el rubro de seguros de personas, pasando por su naturaleza, concepto, clasificación, retomaremos la forma de la póliza pero ahora desde el contrato de seguro de personas.

En el capítulo referente a la subrogación de derechos en el seguro de gastos médicos se proponen las reformas a diversos artículos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, con la intención de que al proponer estas reformas quede completo y surta plenamente sus efectos la subrogación en los seguros de gastos médicos.

Cuando abordemos el tema de la venta masiva de las pólizas de seguros dejaremos en evidencia que la forma en como se comercializan los seguros a través de las instituciones de crédito representa un quebranto para las normas legales aplicables a tal actividad.

Se propone la reforma a dos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a fin de subsanar la problemática que presenta la comercialización de seguros a través de las instituciones de crédito.

En toda la investigación se hace referencia al marco legal de las figuras en estudio, así como el señalamiento de criterios y jurisprudencia dictadas por los Tribunales Federales, esto con la intención de poner más en claro las posturas que asumimos durante la investigación.

La mayor parte de la investigación es apoyada en la práctica que se tiene en los Tribunales Judiciales Federales y de diversos Estados del Noreste de la República Mexicana dentro del campo del derecho de seguros, así como una corta experiencia como perito en responsabilidad civil en las Cortes de varios condados en Texas, de ahí que muchas de las opiniones, sugerencias o posturas tomadas obedezca a esa práctica, que es realmente mi formadora en el campo del derecho de seguros.

El pragmatismo que reviste la investigación es definitivamente enriquecedor ya que el campo del derecho de seguros es muy cambiante, por lo que al pretender hacer

el trabajo sólo desde la trinchera de la academia sería inconveniente ya que no estaríamos reflejando la verdad de nuestras intenciones, que es un aprovechamiento del trabajo diario con la doctrina.

Al ser eminentemente prácticas las opiniones vertidas no pierden en nada su sentido teórico ya que hemos apoyado todo el trabajo en los más destacados estudiosos y tratadistas del Derecho de Seguros, tanto mexicanos como extranjeros.

Siendo el franco objetivo de nuestra investigación, no llegar a conclusiones irrefutables, sino más bien que implique el inicio de un largo camino de investigaciones y descubrimientos intelectuales.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

1.- ANTECEDENTES.

Referencia obligada es iniciar el presente estudio tomando como la base de partida los antecedentes del contrato de seguro, antecedentes que estimamos conveniente ver desde sus orígenes hasta traerlo a nuestro País, ocupándonos de su desarrollo histórico en nuestra sociedad, para luego pasar al análisis del marco legal de la actividad aseguradora, así como del contrato mismo.

La intención de hacer esta reminiscencia es por ser un convencido que las figuras jurídicas, vistas desde cualquier ángulo, deben ser siempre analizadas desde su naturaleza, es decir, para lo que fueron creadas y a que necesidades respondían en el entonces de su creación, esto para que quede claro la razón de ser en su aparición en nuestro marco jurídico ya sea como derecho positivo o como una mera doctrina.

Las figuras jurídicas se han desnaturalizando, se ha ido "parchando" con ellas, se toma una figura parecida a la necesidad de ese momento y se aplica a cuestiones que no tienen relación alguna con la misma, teniendo así un generador de problemas ya que no se crea la figura necesaria para atender a la necesidad, sino que se trata de cubrir con algo ya existente.

Desde la introducción he hecho el señalamiento de que en materia mercantil la problemática se ve acentuada con las actitudes mencionadas ya que el legislador va en

busca de las conductas de los comerciantes para tratar de regularlas, resultando de ello lastimeras legislaciones que solo vienen a complicarnos más las cosas.

1.1.- ANTECEDENTES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

La inteligencia como atributo del hombre que lo distingue de los demás seres vivos constituye el factor fundamental de su desarrollo, que lo impulsó a un constante avance encaminado a superar su modo de vida, al adquirir en esa convivencia satisfactores de necesidades primarias, para posteriormente crear otras nuevas, como resultado lógico y natural de su crecimiento.

En la evolución de la humanidad se advierte un desarrollo que inicia en una primera etapa, en la que aparece el trueque como medio o instrumento de negociación, por el que se produce un intercambio de bienes en la búsqueda de satisfactores de necesidades, naciendo así de forma incipiente el comercio, para preceder al surgimiento de otra actividad como lo es la compraventa no monetaria, misma que da surgimiento a la etapa monetaria del comercio, abriendo paso esta última a la etapa crediticia del comercio donde se gesta el principal crecimiento del seguro, englobando todas estas actividades dentro del gran ejercicio humano profesional denominado comercio.¹

Al intercambiar con sus semejantes a través del trueque, el hombre se convirtió en poseedor de una cultura más amplia, que le proporciona el hecho de adquirir conocimientos acerca de aplicaciones y ventajas de cosas por él ignoradas, condiciones de vida cada vez más favorables, que le propiciaron en él la inquietud y el deseo de una superación constante.

Cuando ese intercambio de cosas y objetos se realiza no con el simple propósito del cambio, sino con la determinada y plena intención de obtener provechos y ventajas, tiene lugar el nacimiento del comercio en forma, derivándose consecuencias

¹ Dávalos Mejía, Carlos "Títulos y Contratos de Crédito, Quiebras" México 1992 Editorial Harla Pág. 10

trascendentales para la humanidad, como la aparición del dinero, asimismo, la profesión del comerciante desempeñada por personas dedicadas por entero a la actividad del comercio, es decir, como mediadores entre quienes producen las cosas y quienes las adquieren para su consumo o aplicación.

La actividad comercial crece y se desarrolla de manera espontánea, sin limitarse a espacios físicos y sin fronteras entre pueblos, siendo impulsada al emplearse diversos medios de transporte de mercaderías, que de sus puntos de origen recorrían grandes distancias para llegar a su destino.

En esos albores, la transportación de los efectos del comercio y las personas que al mismo se dedicaban, se exponían continuamente a las consecuencias de peligros de muy diversa índole, como eran los robos, los asaltos, los actos de piratería, a los fenómenos de la naturaleza y las inclemencias del tiempo; por lo que los resultados de estos eventos se traducían en serias y cuantiosas pérdidas patrimoniales y de vidas; circunstancias ante las cuales se propició la comunión de comerciantes o mercaderes en torno a la protección de sus intereses, traducida en el establecimiento de mutualidades de ayuda y cooperación; manifestadas en principio como formas materiales de defensa de carácter colectivo, a través de los viajes en conjunto en grandes caravanas apoyadas con guardias, para posteriormente dar surgimiento a estrategias de orden económico, a través de las cuales se soportaran los daños y los menoscabos ocasionados en esas condiciones, procurando de esta forma evitar situaciones ruinosas, tanto para las personas que resultaban afectadas como para sus acreedores y terceros.

Así, apareció un medio de protección frente a esas eventualidades, propiciado y creado por un espíritu de cooperación y colaboración entre todas las personas expuestas a sufrir las consecuencias de los riesgos que afrontaban en el desempeño de sus actividades comerciales, instrumentando su reducción y hasta su eliminación, mediante la integración de fondos económicos creados ex profeso con las contribuciones de los integrantes de gremios o grupos que los conformaban; estableciéndose para tal efecto sistemas de aportaciones acordes a los intereses que en cada caso se protegían, bajo la

forma de mutualidades, para constituir de esa manera los remotos antecedentes del contrato de seguro.

La organización en comento, para el tratadista Ruiz Rueda puede concebirse de la manera siguiente: "Esta es 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 sufrirán los pocos para quienes se realicen".²

Esas mutualidades de comerciantes se establecieron sobre bases de confianza y lealtad mutuas de sus integrantes, teniendo como antecedentes otras figuras jurídicas de cierta semejanza, como lo eran la fidejussio y la nauticum fenus.

La fidejussio, para el tratadista Cabanellas se puede entender como: "La caución prestada en el derecho romano, mediante un proceso formalista y oral, en que el fiduciario o fiador, interrogado por el acreedor, se comprometía mediante una estipulación a asegurar las consecuencias de la obligación que al deudor principal corresponde".³

Por otra parte, la figura jurídica del antiguo derecho romano conocida como la nauticum fenus, que puede considerarse como uno de los antecedentes más remotos del seguro, de acuerdo con el tratadista francés Petit: "Es un mutum de naturaleza especial. El dinero prestado debe ser empleado en el comercio marítimo. Está sujeto a la suerte de un transporte por mar, y llamado por esta razón pecunia trajectitia. El prestatario no debe nada si el navío perece con el dinero; debe devolver la cantidad si el viaje es feliz (Modestino, L. 1, D., de *naut. Fen.*, XXII, 2). Como compensación a este riesgo de pérdida, y para alentar a los ciudadanos a arriesgar sus capitales en estas operaciones comerciales, que los peligros de la navegación hacían arriesgadas, el prestamista podía hacerse pagar intereses superiores a la tasa legal y estos intereses eran exigibles en

² Ruiz Rueda, Luis. "El Contrato de Seguro". México Editorial Porrúa 1978 Pág 5

³ Cabanellas, Guillermo. "Repertorio Jurídico de Locuciones, Máximas y Aforismos Latinos y Castellanos". Buenos Aires. Editorial Bibliográfica Argentina. 1959 Pág. 179

virtud de un simple pacto. Estas reglas especiales están, por otra parte, limitadas a la duración del viaje, es decir, al tiempo durante el cual los riesgos son a costa del prestamista".⁴

En esa evolución se presentan circunstancias como las que nos narra la tratadista Itzigsohn: "Después de la caída del imperio romano aparecen las "guildas medioevales" bajo la forma de instituciones de asistencia, las que se caracterizaban porque las primas no estaban en relación con las prestaciones. Los germanos tuvieron organizaciones que disponían en forma similar de fondos para financiar sepelios, ciertas ceremonias del culto pagano o, en mayor escala, algunas operaciones similares. Estas manifestaciones se relacionaban más con un concepto de ayuda mutua que con el contrato de seguros tal como se entiende jurídicamente en nuestros días. Los estudiosos del tema están de acuerdo en que recién al finalizar la Edad media comenzaron a formalizarse en algunas ciudades de España y de Italia, contratos de seguros similares a los actuales".⁵

De acuerdo con la citada autora: "El seguro marítimo surgió como consecuencia de la prohibición del derecho canónico del préstamo a la gruesa a principios del siglo XIII. En 1234, el Papa Gregorio IX, consideró que dicho préstamo implicaba usura. Para sustituirlo se reemplazó el desembolso inmediato de una cantidad de dinero, por la indemnización que debía recibir el propietario del buque en el caso de que se produjeran los daños".⁶

Para entender ese concepto que dio origen al seguro marítimo, consideramos conveniente destacar la referencia de Palomar de Miguel: "Contrato a la gruesa: Aquel por el que una persona presta a otra cierta cantidad sobre objetos expuestos a riesgos marítimos, con la condición de perderla si éstos se pierden y de que, llegando a buen puerto, se le devuelva la suma con un premio convenido".⁷

⁴ Petit, Eugène *"Tratado Elemental de Derecho Romano"*. Trad. José Fernández González y José Ma Rizzi. México Editorial Porrúa. 1994.

⁵ Itzigsohn de Fischuan, María E. "Seguros", dentro de Enciclopedia Jurídica Omeba Tomo XXV. Buenos Aires. Editorial Bibliográfica Argentina s/f Pág. 322

⁶ Ibid

⁷ Palomar de Miguel, Juan. *"Diccionario Para Juristas"*. México. Mayo Ediciones. 1981 Pág. 318

Evidentemente que esas vicisitudes antes aludidas constituyeron la causa de origen del contrato que nos ocupa, pues como sostiene Garriguez: "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, muerte, etc.), sino tan sólo 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 pérdida se teme; por eso se llama valor de sustitución o de reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; ésta es la esencia de la institución".⁸

Al igual que Garriguez, Oscar Vázquez del Mercado comparte la idea de que el seguro nació como un producto del riesgo, a lo cual señala: " De no existir el riesgo no habría razón del seguro, ya que el seguro es producto del riesgo. Todo riesgo provoca una preocupación , por lo que se busca la seguridad para protegerse por el riesgo, es decir, hay una necesidad de protección que se logra con el seguro" ⁹

El surgimiento de la institución que se analiza, tiene lugar en opinión del tratadista Halperin en la forma siguiente: "Económicamente, el seguro es un procedimiento por el cual un conjunto de personas sujetas a las eventualidades de ciertos hechos dañosos (riesgos), reúnen sus contribuciones a fin de resarcir al integrante de ese conjunto que llegue a sufrir las consecuencias de esos riesgos. La organización de ese conjunto, selección de tales riesgos, fijación de las contribuciones de aquellas personas (asegurados), queda a cargo de una empresa (sociedad anónima, cooperativa, mutualidad, Estado) que asume la prestación del servicio, para el cual se capacita técnica y financieramente".¹⁰

Como se ha visto en el tratamiento doctrinario que se da al surgimiento del seguro, no hay duda que su nacimiento obedece a razones meramente de protección grupal, es

⁸ Garriguez, Joaquín. "Curso de Derecho Mercantil", Tomo II México. Editorial Porrúa. 1987. Pág. 247.

⁹ Vázquez Del Mercado, Oscar. "Contratos Mercantiles" México. Editorial Porrúa. 1994 Pág 263.

¹⁰ Halperin, Isaac "Lecciones de Seguros", Buenos Aires Ediciones De Palma 1993 Pág 3.

decir, a la necesidad de un conglomerado de personas de proteger su patrimonio, siendo en los incipientes caminos del aseguramiento la necesidad de proteger las mercaderías que eran transportadas de una región a otra.

El gran pilar del que se debe partir en el estudio del derecho de seguros y del contrato mismo es precisamente la mutualidad, algunos tratadistas no le dan la importancia que requiere a éste aspecto del aseguramiento, empero es una de las columnas básicas sobre las cuales reposa el seguro.

En efecto, hoy por hoy las grandes empresas de seguros han perdido la visión de la mutualidad en el aseguramiento, únicamente se ven haciendo grandes negocios, cobrando grandes primas, calculando grandes desastres, pero no hacen un alto en el camino y aprecian que toda esa burocracia administrativa que tienen en sus organigramas son producto de la mutualidad, en otras palabras, fue tan grande el conglomerado que requirió de protección que se hizo necesaria la contratación de más personas que pudieran administrar y hacerse cargo de los asegurados.

Llega a tal grado la importancia de la mutualidad para la empresa de seguros que sin darse cuenta ellas mismas han dividido sus negocios, que ahora han dado en llamar de muy diversas maneras, tales como "líneas de negocios", "empresas virtuales" y han perdido de vista que esa división acentúa más la siempre existente mutualidad.

Tenemos que en la actualidad los ramos en que se desempeñan las compañías aseguradoras se han identificado como el ramo de vida, el ramo de salud, el ramo de daños, mismos que para efectos prácticos no son mas que un conglomerado de personas requiriendo de una cobertura, verbigracia, la cobertura de vida, la cobertura de gastos médicos, la cobertura de daños.

La intención de hacer estas referencias obedece al hecho de que conforme se va desarrollando el concepto de seguro llega un momento en que se pierde éste aspecto del mismo, pasándolo a segundo plano sin darle su real importancia, ya que de la mutualidad

derivan muchas de las necesidades que deben ser observadas en el concepto actual y pragmático del aseguramiento, tal como la atención al cliente, cobros de primas, actualización de coberturas, etcétera.

La importancia de la mutualidad será retomada cuando veamos en la investigación los efectos que hacía dentro de la empresa aseguradora causa la subrogación en los gastos médicos.

Ahora bien, de todo lo expuesto se desprende que la organización y funcionamiento del seguro como contrato de empresa, descansa sobre la mutualidad sustentada en bases y procedimientos estadísticos, que exigen de la participación de un gran número de asegurados durante largas etapas de tiempo, a efecto de que con el importe de sus primas se constituya un fondo económico que garantice suficientemente el cumplimiento de las obligaciones contraídas, respecto al resarcimiento de los daños que deriven de las eventualidades de los riesgos asumidos.

En ese sentido, Rodríguez y Rodríguez señala con certeza que "El seguro es producto de la cultura; sólo el progreso técnico en ciertos ramos de la actividad humana y muy particularmente en materia de estadística y matemáticas, juntamente con una evolución de la situación social permiten su establecimiento y desarrollo"¹¹

El tratadista italiano Vivante, sostiene: "La explotación técnica del ramo de seguros requiere que el asegurador sea una empresa, porque su funcionamiento exige la acumulación de una masa de riesgos, para la realización de la hipótesis estadística que la funda y la formación de un fondo de primas que permita afrontar las obligaciones asumidas: no es posible alcanzar este resultado industrial "si los riesgos no se extienden a un amplio territorio, si no se continúan por una larga serie de años, si las primas percibidas no se emplean segura y fructuosamente, si no se seleccionan los riesgos con cautela técnica, si no se gana la confianza de los asegurados con un capital inicial de garantía".¹²

¹¹ Rodríguez y Rodríguez, Joaquín. Derecho Mercantil. Tomo II. México 1978. Editorial Porrúa. Pág 161.

¹² Citado por Halperin. Ob.cit. Pág. 17.

Con relación a todo lo anterior, una interesante alusión a la temática en comento que consideramos de gran conveniencia transcribir, lo es la del tratadista Broseta Pont: "Toda actividad de seguros prestada por un asegurador presupone mutualidad en la cobertura de riesgos. Mutualidad que puede presentarse de dos formas: por medio de la asociación de una pluralidad de personas que en común soportan y reparan, mediante su recíproca distribución, los efectos que produzcan los siniestros que puedan producirse sobre ellas (sociedad mutua de seguros); o por medio de una sociedad anónima que recibe de sus asegurados primas periódicas y determinadas para cada seguro estipulado, parte de cuyo importe se integra en reservas especiales destinadas a reparar o cubrir los daños o las necesidades que los siniestros provocan en los asegurados (Compañía o Sociedad de seguros). En ambas formas de organización que puede adoptar la actividad aseguradora, hay mutualidad en sentido económico, porque en ambas existe una pluralidad de personas con cargo a cuyas prestaciones pecuniarias se presta cobertura recíproca, o sea, a favor de todas ellas, aunque en formas jurídicas diversas (sociedad mutua o sociedad anónima)¹³.

1.2.- Antecedentes de los seguros en México.

En nuestro país, la materia objeto del presente estudio es regulada por la Ley sobre el Contrato de Seguro que data del mes de agosto del año de 1935, pero se encuentra precedida por muy interesantes antecedentes, a través de los cuales se advierte su inicial tratamiento, que data de inicios del siglo pasado, en que se le consideraba como un contrato privado de carácter civil, para asimilarse posteriormente, en el actual Código de Comercio -en la fracción XVI de su artículo 75-, como un acto de comercio, y por ende, como actividad normada por la legislación que para sí se reserva la Federación, es decir, se le considera como un acto jurídico sujeto a la normatividad de naturaleza federal.

En ese contexto cabe advertir que: "A partir de la reforma a la fracción X del artículo 72 de la Constitución de 1857, que tuvo lugar el día 14 de diciembre de 1883, y que se consagra en la Carta Magna vigente de 1917, en nuestro país la regulación legal

¹³ Broseta Pont, Manuel "Manual de Derecho Mercantil" Madrid Editorial Tecnos 1971 Pág 526

de las actividades mercantiles y sus implicaciones, reviste la característica o peculiaridad de ser federal, en virtud de que el Congreso de la Unión, integrado por las Cámaras de Diputados y de Senadores, es el único órgano facultado para legislar en la materia, tanto sustantiva como adjetivamente, cuya aplicación tiene lugar en todo el territorio nacional. Ese elevamiento al rango de federales de todas las normas reguladoras de las actividades e implicaciones que derivan del comercio, radica en el importante papel que éste juega en la economía nacional, y que desde aquella época en que se produjo este hecho, exigía de una uniformidad legislativa, que evitara la dispersión y anarquía que pudiese generar la proliferación de leyes creadas por las legislaturas de los Estados”.¹⁴

Interesantes referencias nos detallan sucesos previos a ese resultado antes mencionado, que son a los que se hace referencia en el párrafo inicial de este apartado, y que se remiten en principio -de acuerdo con el tratadista Ruiz Rueda¹⁵- a la época de la colonia española, durante la cual la normatividad legal de ese entonces se encontraba sujeta a los dispositivos emanados de leyes del país conquistador, que conformaban ordenamientos tales como: el Consulado de la Universidad de Mercaderes de la Nueva España, las Ordenanzas de Sevilla, de Burgos y de Bilbao, y que toman como punto de partida la fundación de la primera empresa de seguros en el año de 1789, que tuvo lugar en el puerto de Veracruz y que operaba en el ramo marítimo; acontecimiento que fue secundado por otra empresa aseguradora en el mismo ramo instalada en dicho lugar en 1804.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

No obstante haberse consumado la independencia de nuestro país en el año de 1821, con el objeto de no trastocar el orden jurídico imperante en ese entonces, se estimó conveniente seguir aplicando la legislación española, en tanto no se contrariara la nueva situación del país, por lo que, durante un largo período continuaron teniendo vigencia las Ordenanzas de Bilbao, promulgándose en esta etapa diversas leyes mercantiles de carácter secundario, hasta en tanto tuvo lugar en 1854, siendo

¹⁴ Sepúlveda Sandoval, Carlos *“La Empresa y sus Actividades”, Concepto Jurídico*. México Mc Graw-Hill Interamericana Editores. 1997. Pág. 17.

¹⁵ Cfr. Ruiz Rueda. Ob.cit. Págs. 26 a 35.

Presidente de la República Antonio López de Santa Anna, cuando se promulgó -el día 16 de mayo, para iniciar su vigencia el día 27 del mismo mes y año-, lo que constituyó el primer Código de Comercio mexicano; siendo atribuibles su autoría y labor de integración correspondientes al Ministro de Justicia, jurisconsulto Teodosio Lares, razón por la cual este ordenamiento fue conocido también como Código de Lares, evidentemente en su honor.

La vigencia de ese primer Código de Comercio fue demasiado breve, pues seis meses después de su promulgación, al triunfo de la Revolución de Ayutla, se abrogó de hecho, por lo que al consagrar la Constitución de 1857 la facultad de los Estados para legislar en materia de comercio, el lugar de aquel ordenamiento lo habrían de ocupar temporalmente leyes diversas de carácter y aplicación local de las entidades federativas.

De esa manera, en el Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la Baja California de 1870, en su Libro Tercero, Título XVII, Capítulo II, se reglamentaron diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones del ordenamiento de comercio que en esa época aun no se había expedido, que en su Exposición de Motivos con gran técnica se hacía referencia en los siguientes términos: "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".¹⁶

En fecha 14 de diciembre de 1883 se reforma la Constitución de 1857, en la fracción X de su artículo 72, en el sentido de considerar al Congreso de la Unión como el único órgano facultado para legislar en materia de comercio en todo el país; por lo que, a partir de entonces la materia mercantil en México adquiere el carácter federal, y consecuentemente, el contrato de seguro se consideraba en ese contexto, de conformidad a los presupuestos consignados en el artículo 682 del Código de

¹⁶ Véase Ruiz Rueda Ob.cit Pág 27

Comercio; toda vez que en caso contrario su regulación se sujetaba a los términos del Código Civil de 1884, que reproducía setenta y siete artículos del ordenamiento anterior; el texto de ese precepto en comento, establecía: "El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurador un comerciante o compañía comercial que entre los dos ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de él sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales".¹⁷

Así con motivo de la reforma constitucional antes referida, al adquirir el derecho mercantil en México el carácter de federal, se propicia con ello su integración en debida forma; hecho que habría de suceder con motivo de la promulgación del Código de Comercio, el día 15 de septiembre de 1889, para iniciar su vigencia el día 1º de enero de 1890; ordenamiento que tomó como modelos a los códigos español e italiano, a través de los cuales se recibe a su vez la influencia del estatuto primario francés.

A partir de entonces, la ruta del derecho mercantil en nuestro país quedó perfectamente trazada hacia la integración de un derecho escrito -hoy tomando un vuelco hacia la oralidad debido a las reformas en los desahogos de las pruebas-, de carácter objetivo, que gira en torno a los actos mercantiles, sin desatender la calidad de las personas que se dedican al ejercicio del comercio y dotado de plena autonomía.

Con la promulgación del Código de Comercio en 1889, el derecho mercantil en México inicia su proceso de creación con este significativo hecho hacia la integración de un derecho objetivo y escrito, encontrándose actualmente conformado además por un gran cúmulo de leyes derogatorias de diversos apartados del referido ordenamiento, así como por otras de carácter complementario; de entre las que destacan las inicialmente mencionadas en este punto y actualmente en vigor: Ley sobre el Contrato de Seguro y Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas ambas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 31 de agosto de 1935, derogando la

¹⁷ Véase Ruiz Rueda Ob cit Pág 28.

primera el apartado conformado por los artículos del 392 al 448 de aquél, relativo al Título Séptimo del Libro Primero, denominado “De los Contratos de Seguros”.

El contrato de seguro alcanzó notable importancia en México a fines del siglo XIX, una vez lograda la pacificación del País; de ahí que la primera ley reguladora de las empresas de seguros date de esa época; la Ley sobre Compañías de Seguros del 16 de Diciembre de 1892. La configuración del seguro como contrato de empresa se consagró en la Ley General de Sociedades de Seguros del 25 de Mayo de 1926.¹⁸

1.3. Marco legal del contrato de seguro y de la actividad aseguradora.

La importancia del sector asegurador la podemos resumir en la referencia que hace el maestro Arturo Díaz Bravo, quien se expresa sobre la importancia del seguro de la siguiente forma: “La industria y el comercio moderno están cimentados en dos pilotes, uno de los cuales es el crédito; el otro, el seguro. Por lo demás, con frecuencia este último se presenta como condición del primero. requisito, en verdad, de la mayor parte de los créditos bancarios es la cobertura asegurativa de los bienes y, frecuentemente, de la vida de las personas físicas involucradas en tales créditos”¹⁹

El marco legal del contrato de seguro y de la actividad aseguradora es perteneciente al ámbito federal, ya que así es dispuesto por la Constitución General de la República que reserva la competencia a legislar en materia mercantil al Congreso de la Unión.

El contrato de seguro y la actividad aseguradora son consideradas dentro del campo del Derecho Mercantil por disposición expresa del artículo 75 fracción XVI del Código de Comercio, a través del cual se considera como acto de comercio a los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresa.

¹⁸ Diccionario Jurídico Mexicano Editorial Porrúa UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas. pág 2887

¹⁹ Díaz Bravo Arturo “*Contratos Mercantiles* México 2001 Editorial Harla Pág 135

Actualmente el Contrato de Seguro, se encuentra regido principalmente por dos leyes, siendo estas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Siendo aplicables como legislaciones supletorias de las anteriores el Código de Comercio, Código Civil en Materia Federal y en cuestiones procesales a las legislaciones de las entidades federativas por disposición expresa del Código de Comercio, así como la característica de concurrente que posee la materia mercantil.

Existen dos organismos que tienen ingerencia dentro del ámbito asegurador, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como la intrincada legislación se ve adicionada con un gran número de circulares emitidas por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, autoridad de la cual dependen los dos Organismos precisados al principio.

Antes de ocuparnos del marco legal del contrato de seguro conviene atender primeramente al orden jurídico de las instituciones, ya que por orden conviene estudiar antes los imperativos legales de quienes han de encargarse de la producción de los contratos.

1.3.1. Marco legal de la actividad aseguradora.

El funcionamiento de las empresas de seguros se encuentra regulada por la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ley meramente orgánica, que no se ocupa en nada del aspecto de fondo del contrato de seguro, este ordenamiento jurídico establece la forma en que se han de organizar las compañías de seguros, las reservas que han de constituir, los ramos en que se pueden desempeñar, etcétera.

La operación de seguros, valga la redundancia, se encuentra permitida solo a las empresas aseguradoras, la ley autoriza a que se lleve a cabo la colocación de contratos

sólo por empresas expresamente autorizadas para tales efectos y que hagan de tal ejercicio una actividad reiterada. El artículo 3º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su fracción primera establece la prohibición a toda persona física o moral distinta a las instituciones de seguros a llevar a cabo la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano.²⁰

En igual forma la operación activa de seguros se reserva exclusivamente para instituciones de seguros con capital mayoritariamente mexicano, dejando completamente fuera de cualquier posibilidad a las empresa extranjeras de realizar operaciones, esto debido a la expresa prohibición establecida en el artículo citado en el párrafo anterior.

La propia ley en su artículo 1º deja muy en claro sus alcances y objetivos al señalar que: " La presente Ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección a los intereses del público usuario de los servicios correspondientes"²¹

La delimitación que la propia ley hace de sus alcances nos marca con mucha claridad los puntos que debemos ir analizando al tratar el marco legal de la actividad aseguradora, ya que el artículo 1º , que hemos transcrito, ofrece temas que es conveniente analizar.

1.3.1.1.- Constitución y funcionamiento de las Instituciones de Seguros.

En primer término la propia ley se autodenomina de interés público, lo cual a mi forma de ver sale sobrando, ya que las leyes definitivamente que son de interés público, ya que de no serlo así simple y sencillamente no serian leyes, empero, no descuidemos el

²⁰ Artículo 3º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

²¹ Artículo 1º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

camino a analizar, el primer objeto que encontramos de la citada ley es el funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Para los efectos del presente trabajo nos ocuparemos de la regulación en las instituciones de seguros, dejando a un lado a las mutualistas ya que son muy pocas en la actualidad y no constituyen un objeto trascendental en la presente investigación, siendo ocioso ocuparnos de ella para los fines que se tienen trazados.

Las instituciones de seguros, para poder operar como tales deberán estar constituidas como Sociedades Anónimas de capital fijo o variable, con arreglo a lo dispuesto por la Ley General de Sociedades Mercantiles.

El artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su primer párrafo establece: " Las instituciones de seguros deberán ser constituidas como sociedades anónimas de capital fijo o variable, con arreglo a lo que dispone la Ley General de Sociedades Mercantiles...."²²

La forma en como se han de constituir las instituciones de seguros no sólo obliga a observar los requisitos establecidos en el artículo 89 de la Ley General de Sociedades Mercantiles, sino que también se impone el deber de acatar diversos requisitos adicionales establecidos en las fracciones I, I Bis, II, III, IV, V, VI, VII, VII Bis, VII Bis 1, VII Bis 2, VIII, IX, X, XI del artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, que se refieren a requerimientos en la constitución de reservas, cláusulas de admisión de socios, denominación de extranjería, emisión de acciones, duración de la sociedad, lugar en que se han de llevar a cabo las asambleas de accionistas, número de consejeros, requisitos para ser consejeros, constitución de una reserva especial equivalente a un 75% del capital social.

Lo que es importante señalar es que todas las fracciones referidas en el párrafo que antecede, de observancia general para las instituciones de seguros, tienen un criterio

²² Artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

de protección hacia el asegurado, así como pretenden establecer una forma de evitar quebrantos financieros en las compañías aseguradoras, lo cual nos deja muy en claro la importancia social que reviste esta actividad.

Ahora bien, ya visto que para ser una institución de seguros debe existir la constitución de una sociedad anónima con las particularidades referidas, se requiere ahora de la autorización que compete otorgar al Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, " Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requiere autorización del Gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público"²³

La autorización que se otorgue a las sociedades anónimas para constituirse como instituciones de seguros, sólo podrá comprender las siguientes operaciones:

- a) Vida;
- b) Accidentes y enfermedades, en los ramos de accidentes personales y gastos médicos y salud.
- c) Daños, en algunos de los siguientes ramos, responsabilidad civil y riesgos profesionales, marítimo y transportes, incendio, agrícolas y de animales, automóviles, crédito, diversos, terremotos y riesgos catastróficos, los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público además de la autorización para funcionar como institución de seguro establecerá cuales son los ramos que podrá explotar la persona moral autorizada, estableciendo los límites de esos ramos a través de sus alcances determinados en el artículo 8º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Las instituciones de seguros deberán ceñir su operación a las reglas establecidas en el artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros,

²³ Artículo 5º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

dispositivo en el cual se establecen con toda claridad a que deberán estar sujetas las operaciones a realizar por las referidas empresas. No solo existe el imperativo legal de ejecutar las operaciones solamente permitidas, sino que además el artículo 36 del citado ordenamiento jurídico hace la referencia a diversos principios que las empresas de seguros deberán observar al realizar su actividad.

Por otro lado, además de las exigencias establecidas en los artículos 34 y 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros tenemos la existencia de diversas prohibiciones expresas contenidas en el artículo 62 de la citada la ley, el cual establece que a las empresas de seguros les estará prohibido:

- 1) Dar en garantía sus propiedades;
- 2) Obtener préstamos, a excepción hecha de la emisión que hagan de obligaciones subordinadas convertibles a capital;
- 3) Dar en reporto títulos de crédito;
- 4) Dar en prenda los títulos valores de su cartera;
- 5) Operar con sus propias acciones, salvo en los casos previstos en la Ley del Mercado de valores;
- 6) Aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 37 de la LGISMS.

- 7) Otorgar avales, fianzas o cauciones;
- 8) Comerciar con mercancías de cualquier clase;
- 9) Entrar en sociedades de responsabilidad ilimitada y explorar por su cuenta minas, plantas metalúrgicas, establecimientos mercantiles o industriales o fincas rústicas, sin perjuicio de la facultad de poseer bonos, obligaciones, acciones u otros títulos de dichas empresas conforme a lo previsto en la LGISMS.
- 10) Adquirir bienes, títulos o valores que no deban conservar en su activo;
- 11) Celebrar operaciones en virtud de las cuales resulten o puedan resultar deudores de la institución, los directores generales o sus equivalentes y las personas que ocupen cargos con las dos jerarquías inferiores a las de aquellos, salvo que correspondan a prestaciones de carácter laboral otorgadas de manera general; los comisarios propietarios o suplentes, estén o no en funciones; los auditores externos

de la institución; o los ascendientes o descendientes en primer grado o cónyuges de las personas anteriores;

- 12) Repartir dividendos con los fondos de las reservas que hayan constituido por disposición legal o de otras reservas creadas para compensar o absorber pérdidas futuras.

Como se podrá apreciar de las prohibiciones establecidas a las instituciones de seguros, la intención del legislador fue sumamente clara, que es proteger a quienes celebran contratos con este tipo de personas morales, ya que el impacto social que se puede llegar a tener con una compañía de seguros quebrada o en proceso concursal desde luego que es bastante complicado para cualquier gobierno.

Las instituciones de seguros tienen la obligación de constituir una serie de reservas que les son impuestas por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, reservas obligatorias en los términos de la fracción II del artículo 34 del referido cuerpo legal, mismas que se denominan como: a) Reservas de Riesgos en Curso; b) Reservas para obligaciones pendientes de cumplir; c) Reservas de Previsión y; d) Las demás previstas en la ley.²⁴ Este tipos de reservas son mas que definidas, delimitadas en los artículos 47, 50 y 51 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Con lo anterior hemos querido dar un breve repaso sobre el funcionamiento de las instituciones de seguros, así como de su organización y modo de constitución, resaltando de lo expuesto la clara intención del legislador en la protección a los intereses del público, siendo notorio el hecho de que de acuerdo a todos los lineamientos referidos en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se antoja difícil ver la quiebra de una institución de esta naturaleza, empero, esto no es descartable y para muestra tenemos el 11 de septiembre del 2001.

²⁴ Artículo 46 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Resulta interesante apuntar la tesis sostenida la Quinta Epoca por la Suprema Corte de Justicia de la Nación referente a la importancia que para el Estado tiene la operación y funcionamiento de las compañías de seguros.

SEGUROS.- Las operaciones de seguros que se practiquen por cualquier corporación, son de interés público, y por lo mismo la sociedad está interesada en que aquéllas se lleven a cabo de acuerdo con la ley; de tal manera que al no cumplirse con las disposiciones legales, se afecta no solo a la sociedad, sino al Estado, el cual también sufre perjuicio, por cuanto a que se le impediría su acción, para exigir las garantías y seguridades que debe tener toda compañía, al practicar operaciones de seguros.

Quinta Epoca. Semanario Judicial de la Federación. Pleno, Tomo XIX, pág. 462, Revisión de Incidente de Suspensión. Cía Bancaria de Crédito, S.C.L. 9 de septiembre de 1926.

1.3.1.2 Marco legal de agentes de seguros y de las demás personas que intervienen en la actividad aseguradora.

El artículo 1º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros hace la denominación utilizada a modo de subtema, misma que realmente estimamos pobre, ya que haciendo a un lado a los agentes de seguros, se esta menospreciando la actividad de diversas personas que tienen una ingerencia directa y de importancia en la actividad aseguradora.

En esta apartado no nos ocuparemos de los agentes de seguros ya que estos tendrán su especial tratamiento al analizar su ejercicio en la venta masiva de seguros en

las instituciones de crédito, así como al llevar a cabo la confrontación de su reglamento a la problemática actual.

El artículo 1º del ordenamiento jurídico que hemos estado comentando, al referirse a diversas personas que intervienen en la actividad aseguradora, apunta a los ajustadores de seguros, así como a los consorcios formados por instituciones de seguros al cual hace referencia el artículo 11 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, empresas dedicadas a la administración y cobranza de primas.

Dentro de las personas que intervienen en la actividad aseguradora que tienen una especial importancia en los ramos de aseguramiento de daños en cualquiera de sus coberturas, son los ajustadores de seguros, quienes son profesionales encargados por las empresas a fin de estudiar, imponiéndose desde luego de las circunstancias del siniestro así como de las coberturas contratadas, sobre la procedencia o improcedencia del siniestro, siendo que el mismo sea procedente ajustar la cantidad a pagar, celebrando los convenios respectivos y en caso contrario a realizar el rechazo de manera formal al asegurado y proporcionar todos los elementos necesarios a la compañía para sustentar al mismo.

En la práctica forense del litigio en materia de seguros tenemos que existe un grave desconocimiento de las autoridades jurisdiccionales acerca del tema de los ajustadores y su labor en el campo asegurador, ya que inmediatamente al referirse la sola palabra -ajustador- visualizan aquella persona que los asiste en un choque, con lo cual no menosprecio en forma alguna a estos profesionales, sino que la labor de ajustador es mas complicada, requiriendo de especialistas en los campos que se ha de "ajustar", verdaderos peritos en una rama de una sola materia, de ahí que tenemos ajustadores especializados en incendios, en incendios provocados por electricidad, incendios por explosión, incendios por rayos, etcétera.

La autoridad judicial, estimo que por desconocimiento, lo cual no es menos grave, no ha dado el alcance que realmente corresponde a un cuaderno de ajuste, siendo asi

como se identifica en la jerga aseguradora a los trabajos de los ajustadores. La intervención de estas personas tiene su fundamento legal, mismo que podemos encontrar en los artículos 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el cual se establece la obligación a cargo del asegurado de proporcionar toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro. En igual manera el artículo 25 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros obliga a quien pretenda ser ajustador en materia de seguros a obtener la autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, refiere el dispositivo legal: "Para el ejercicio de la actividad de ajustador de seguros, se requerirá autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien la otorgará o negará discrecionalmente y que podrá revocar, previa audiencia de la parte interesada, en los términos del reglamento específico". No cualquier persona puede ejercer la actividad de ajustador de seguros, ya que en ningún caso podrá autorizarse a personas que por su posición o por cualquier circunstancia puedan ejercer coacción o actuar en contra de las prácticas profesionales generalmente aceptadas que afecten los resultados de los ajustes²⁵.

Como vemos la actividad del ajustador de seguros requiere de una atención más especial por parte de la autoridades jurisdiccionales, así como por los contendientes en un litigio en materia de seguros.

Resulta desafortunada la forma en como valoran las autoridades jurisdiccionales los cuadernos de ajustes que se aportan como pruebas en un juicio a fin de comprobar acciones o excepciones, en la inmensa mayoría de los casos los cuadernos de ajustes se valoran como documentos privados simples, lo que genera un paupérrimo valor a estos importantísimos elementos de convicción, ya que se hace un lado circunstancias relevantes como que el ajustador fue, además de quien sufrió el siniestro, el primero en conocer la forma en como se llevo a cabo, que lo generó, los daños ocasionados, y si a esto le sumamos el hecho de que tal dictamen lo está elaborando un especialista en la materia objeto del evento dañoso, aunado al hecho de que el profesional que realiza el

²⁵ Véase como con tal referencia del legislador se deja abierta la posibilidad de tomar a la costumbre como fue del Derecho de Seguros.

ajuste se encuentra autorizado por autoridades federales para tales efectos, resulta ser un apoyo considerable para la realización del fallo del Juez, quien en lugar de tomar al ajustador de seguros como un tercero ajeno al procedimiento lo debería tomar como su auxiliar y reconocerlo de esta forma en la Ley Orgánica del Poder Judicial, tal como lo hace con los peritos, síndicos y demás personas referidas en dicho ordenamiento legal.

Si la autoridad judicial tomara a los ajustadores de seguros en su completa dimensión tendríamos que el Juez tiene una excelente arma a su alcance para entender, comprender y resolver los litigios de seguros, ya que los referidos ajustes proporcionan datos de interés que realmente hace comprender los alcances de las coberturas afectadas, así como establecen con toda exactitud los montos de las pérdidas; la realidad es muy diferente ya que no se toman en cuenta estos documentos, ni aún siendo ratificados por quienes los hicieron, teniendo la obligación adicional la empresa de seguros, ya como actor o demandado, de demostrar todos los elementos de su acción o excepción a través de otras pruebas, quedando relegado el cuaderno de ajuste como un elemento para robustecer los demás elementos que se hubiesen aportado, pero nunca como la prueba principal del procedimiento, lo cual es absurdo.

La autoridad judicial al analizar el cuaderno de ajuste que se ofrece como prueba en los procedimientos, ya sean contenciosos o de jurisdicción voluntaria, se deja influenciar por el hecho de que los ajustadores fueron designados por las propias compañías de seguros, lo cual para el Juzgador hace parcial los resultados de los trabajos de los ajustadores, pero se le olvida que los ajustadores no pertenecen a la compañía de seguros, sino que prestan sus servicios de forma independiente a las mismas, olvidando también que los ajustadores son supervisados e inspeccionados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo que hace sumamente difícil la existencia de un comportamiento desleal o parcial.

En legislaciones extranjeras, principalmente la de Estados Unidos, la labor de los peritos designados por la compañías aseguradoras adquieren una relevancia notable en los procesos, a tal grado que no se requiere ni tan siquiera ir a la Corte a ventilar el

procedimiento, con el sólo procedimiento de ajuste y la intermediación se han resuelto conflictos de especial importancia.

Así como desafortunada resulta la apreciación que de los cuadernos de ajuste tienen las autoridades judiciales, más resulta ser la que tienen las partes involucradas en un litigio en que se ve inmersa una institución de seguros, que desprecian sistemáticamente este documento refiriendo solamente que se trata de un documento elaborado unilateralmente por la compañía aseguradora, lo cual encuentra eco en la convicción del Juez echando por tierra los resultados de estos importantes trabajos, siendo el desconocimiento total, ya que por la ley el asegurado tiene el derecho de participar en la valuación de los daños nombrando un perito de su intención.

1.3.2.- Marco legal del contrato de seguro.

Conviene de nuevo atender lo asentado por el maestro Arturo Díaz Bravo cuando refiere a la legislación regulatoria del contrato de seguro, señalando que: “ Un revelador indicio de la importancia económica del seguro, para los no iniciados, lo configura el hecho de que ningún otro contrato – a lo menos en México – reclama para sí una reglamentación tan amplia y detallada: desprendidos del *C. Com.* existen una ley exclusiva que lo regula y un capítulo de la *LNCM* dedicado, obviamente, al seguro marítimo; no falta un reglamento a propósito del seguro agrícola; otra ley más, igualmente exclusiva, consigna el régimen de constitución, control y vigilancia, de las empresas aseguradoras; una tercera, y varios reglamentos son ordenadores de algunas manifestaciones específicas de nuestro contrato, como el seguro agrícola, el seguro de grupo y el seguro de viajero”²⁶

En nuestro sistema jurídico el contrato de seguro es considerado como un contrato de empresa, cuyo ámbito regulatorio es federal, pero con aplicaciones en las entidades federativas dada la competencia por jurisdicción concurrente.

²⁶ Véase Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 135

El contrato de seguro se encuentra regulado por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siendo aplicables como procesales el Código de Comercio, el Código Civil para el Distrito Federal y los Códigos de Procedimientos Civiles de las entidades federativas.

SEGURO, CODIGOS SUPLETORIOS DE LA LEY DEL CONTRATO DE.-

Los contratos de seguros de vida se rigen por las disposiciones de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y como se reputan actos de comercio los contratos de seguro de esta especie, siempre que sean hechos por empresas, supletoriamente a la ley citada, tiene aplicación el Código de Comercio y sólo a falta de disposiciones de este Código, serán aplicables las derecho común, o sea las del Código Civil para el Distrito y Territorios Federales, vigente en toda la República para asuntos del orden federal, como son los mercantiles.

Sexta Epoca. Semanario Judicial de la federación. Tercera Sala, Tomo XXVIII, Cuarta Parte. Pág. 276, Amparo Directo 5121/58. La Interamericana, S.A., 16 de octubre de 1959. Unanimidad de 4 votos. Ponente Mtro. Mariano Ramírez Vázquez.

En el año del 2000 se dio una reforma en lo que respecta a los contrato de seguros de personas, específicamente en el ramo de salud, ya que se ordenó a la instituciones de seguros que estaban autorizadas a explotar ese ramo a constituirse como instituciones especializadas en seguros de salud, es precisamente en este momento cuando nacen las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, por sus siglas mejor conocidas como "ISES".

1.3.3.- Autoridades reguladoras de la función aseguradora y del contrato de seguro.

Como se dejó asentado al estudiar la constitución y funcionamiento de las empresas de seguros, el Estado está interesado y comprometido a supervisar la función aseguradora debido a la importancia social que reviste, esta función la realiza a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como autoridad ordenadora y rectora del sistema asegurador mexicano.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público es la única autoridad competente para interpretar, aplicar y resolver todo lo que se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.²⁷

Señalamos que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es la única competente para los efectos de la actividad aseguradora, toda vez que el artículo 2º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece que la referida Secretaría cuando estime conveniente podrá solicitar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, especial hincapié se hace en la circunstancia de que se deja al arbitrio de Hacienda el pedir opinión al órgano especializado, luego entonces su potestad es plena.

La función supervisora del Estado, encomendada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es ejecutada a través de dos Organismos que se denominan Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la de reciente creación Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

En virtud de la reforma efectuada al ramo de salud tenemos que además de las instituciones referidas en el párrafo anterior se da intervención a la Secretaría de Salud.

²⁷ Artículo 2º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

1.3.3.1.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este Organismo es por excelencia considerado como el encargado de la inspección y vigilancia de las instituciones de seguros.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al cual se le confía por disposición expresa de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros la inspección y vigilancia de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y Fianzas, así como a las demás personas y empresas que se refieren en la ley.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tendrá las siguientes facultades:²⁸

- I).- Inspección y Vigilancia;
- II).- Órgano de consulta de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- III).- Imposición de sanciones;
- IV).- Emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga y para lograr el eficaz cumplimiento de la misma;
- V).- Presentar su opinión a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sobre la interpretación de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- VI).- Hacer los estudios que le encomienden y presentar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las sugerencias que estime adecuadas;
- VII).- Coadyuvar con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el desarrollo de las políticas adecuadas para la selección de riesgos técnicos y financieros en relación con las operaciones practicadas por el sistema asegurador;
- VIII).- Intervenir en la elaboración de reglamentos y reglas de carácter general a que se refiere la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- IX).- Formular sus presupuestos que se someterán a la aprobación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;
- X).- Rendir el informe anual de sus labores;

²⁸ Artículo 108 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

XI).- Las demás que le están atribuidas por esta Ley y otros ordenamientos legales respecto al régimen asegurador, siempre que no se refieran a meros actos de vigilancia o ejecución.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas estará integrada por una Junta de Gobierno, Presidencia, Vicepresidencias, Direcciones Generales, Delegaciones Regionales y demás servidores públicos que sean necesarios para la realización de su función.

La función reguladora del Estado ejercida sobre la actividad aseguradora, confiada a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se lleva a cabo mediante inspecciones o visitas a las instituciones de seguros de acuerdo al plan que elabore la Comisión, que sea aprobado por su Junta de Gobierno. "Las visitas o inspecciones serán practicadas a todas las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, de acuerdo a los programas que elabore la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que apruebe su Junta de Gobierno, tomando en cuenta la situación general del sector y las necesidades de cada caso concreto"²⁹

Las inspecciones no solo se practicarán de acuerdo con el plan establecido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sino que además se deja abierta la posibilidad a que se petitionen estas inspecciones por comisarios, asegurados, o grupos de accionistas, pero esta solicitud, atinadamente, debe ser comprobada con datos suficientes a juicio de la comisión, con los cuales se justifique la visita e inspección.³⁰

El objeto de las visitas es revisar, verificar, comprobar y evaluar los recursos, obligaciones, patrimonio, así como las operaciones, funcionamiento, sistemas de control y en general todo lo que pudiendo afectar la posición financiera y legal conste o deba

²⁹ Artículo 110 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

³⁰ Artículo 110 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

constar en los registros, a fin de que se ajusten al cumplimiento de las disposiciones que rigen, y a las sanas prácticas de la materia³¹.

Las visitas son de tres clases, ordinarias, especiales o de investigación. Las primeras son las que se llevan de acuerdo con el programa establecido por la Comisión; las especiales son las que se practiquen cuando a juicio del Presidente de la Comisión resulten ser necesarias, y las especiales son las que versan para la resolución de una problemática específica.

Las inspecciones se llevarán a cabo por personal designado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que deberán ser personas con reconocida solvencia moral y honradez, así como tener conocimientos comprobados en el área financiera, quienes no podrán obtener prestamos, ni ser deudores de las instituciones sujetas a inspección.

Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros estarán obligadas a prestar auxilio a los inspectores, así como hacerles entrega de la información y documentación que sea solicitada.

En caso de encontrarse irregularidades en las inspecciones se dará informe de inmediato al Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas quien dictara las medidas necesarias para que se regularice la situación, imponiéndose las sanciones a que se refiere la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Es de llamar la atención que en la ley referida en el párrafo anterior no solo se contemplan infracciones o sanciones de carácter administrativo, sino que además se establecen delitos para consejeros, funcionarios y empleados de las instituciones de seguros, lo cual entra en el ámbito del llamado Derecho Penal Especial.

³¹ De nueva cuenta se deja abierta la posibilidad de tomar a la costumbre como fuente del Derecho de Seguros.

Se destacan además las reglas de carácter general dictadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, vigiladas permanentemente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conocidas como reglas generales para operaciones inusuales y relevantes tendientes a evitar la intromisión del dinero producto del narcotráfico en las operaciones de seguros, así como para evitar el lavado de dinero proveniente de la comisión de ilícitos, pero principalmente estas reglas se hicieron para el primero de los supuestos.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas no solo tiene encomendada la labor de inspección y vigilancia para sancionar el funcionamiento de las instituciones de seguros, sino que además desempeña la tarea de ser el órgano revisor de los productos nuevos que sean sacados al mercado por la instituciones de seguros.

Cuando alguna compañía aseguradora vaya a vender o colocar un producto nuevo, es decir, un contrato de seguro con coberturas diferentes o que se realice una actualización de condiciones generales de los contratos, la Comisión tiene la obligación de analizar y sancionar tales instrumentos, haciendo las recomendaciones que estime pertinentes a la institución aseguradora, a fin de que enmiende, cambie, rectifique o clarifique las cláusulas de los contratos; esta tarea la puede ejecutar en forma posterior a que se haya llevado a cabo la colocación en el mercado del nuevo producto por la compañía aseguradora.

Colateralmente al análisis de las condiciones de los contratos y de los nuevos productos, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se encarga, una vez autorizados, de llevar un registro de las condiciones generales de los contratos de seguros así como de las pólizas de seguros.

No solamente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y sus Delegaciones Regionales se encargan de la inspección y vigilancia de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, sino que se hacen cargo además de las diversas personas que

tienen ingerencia en la actividad aseguradora, tales como agentes, ajustadores, consorcios formados por empresas de seguros, etcétera.

La mayor incidencia de intervención en estos aspectos, fuera de las instituciones de seguros, lo tiene la Comisión en lo que se respecta a la regulación de los agentes de seguros, ya que es facultad de este organismo el otorgamiento de las licencias, mas bien autorizaciones, a quienes deseen ejercer esta actividad profesional.

La tarea de la Comisión en lo que agentes de seguros se refiere, no se limita nada mas al otorgamiento de autorizaciones, sino que también los supervisa, inspecciona y vigila, atendiendo procedimientos de quejas presentadas en contra de los agentes por asegurados, o por las mismas compañías aseguradoras quienes dado el comportamiento desleal del agente por estar fuera de las prácticas sanas del mercado asegurador solicitan la revocación de su autorización, mismas que dan pie al procedimiento especial marcado por la Ley para tratar este tipo de casos.

1.3.3.1.1 Pérdida de atribuciones de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a parte de sus funciones de inspección y vigilancia, contaba con una especial encomienda que era constituirse en arbitro de las contiendas derivadas en los contratos de seguros.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y sus Delegaciones Regionales realizaban, debemos de reconocer ampliamente, una excelente labor como mediadores de conflictos entre asegurados y aseguradoras, ya que era un organismo realmente especializado en la materia sometida a su consideración, siendo tal su labor que en todas las condiciones generales de los contratos de seguros, de todas las compañías de que realizan operaciones en el País, cuentan con una cláusula de sometimiento específico a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La cláusula en comento se ha denominado de muchas formas, siendo su notorio espíritu hacer que la autoridad especializada en materia de seguros fuera quien resolviera las controversias, desafortunadamente la redacción de la cláusula no era muy agraciada y no corría con suerte, empero reiterando la magnífica labor de la Comisión, las partes que acudían a la junta de advenimiento marcada por la ley y recogían con agrado la invitación de la autoridad para que se le designara arbitro, firmándose un pacto arbitral para dirimir la controversia.

La resolución de controversias se podía verificar a través de un procedimiento arbitral de estricto derecho o de un procedimiento denominado en amigable composición.

La gran mayoría, por no decir que la totalidad de las controversias derivadas de los contratos de seguros eran tramitadas mediante un pacto arbitral, firmado por asegurado y asegurador en donde ambas partes acordaban designar arbitro de la controversia a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, pacto bastante bueno ya que inclusive antes de que se dieran las reformas al Código de Comercio el periodo probatorio se manejaba en la misma forma que el ordenamiento mercantil reformado, la prueba pericial era idéntica a como lo establecen el día de hoy los artículos 1252, 1253, 1254 y siguientes del Código de Comercio, no existían recursos de los llamados verticales, es decir, no existía la segunda instancia. Los procedimientos eran ágiles, logrando terminar el proceso arbitral en un tiempo razonable, pero lo más importante de todo era que los laudos dictados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la gran mayoría de las veces eran bastante técnicos, que definitivamente resolvían la problemática de fondo con un apego estricto al contrato de seguro, lo único criticable de los procedimientos y de los laudos era que se perdía en demasía el aspecto procesal de los litigios, descuidándose las reglas esenciales del proceso, pero esto no le restaba méritos al tecnicismo razonado imperante en los laudos.

Los laudos dictados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cumplían con una función más allá que resolver un procedimiento, ya que dejaban a las partes

tranquilas con el resultado, toda vez que era perfectamente explicado el alcance de las coberturas sobre las cuales versaba el litigio; llegando ya en últimas fechas ha considerar las opiniones de la Comisión como una herramienta válida en el perfeccionamiento de las condiciones generales de los contratos de seguros.

Se estipulaban diversas legislaciones como supletorias del pacto arbitral, teniendo en primer lugar el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el Código de Comercio y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

Manejando algo de números, que no es el tema principal de este trabajo, podemos señalar que se sometían al arbitraje de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante los procedimientos de estricto derecho alrededor del 80% de las contiendas que se presentaban, e inclusive vale la pena señalar que las compañías de seguros siempre manifestaban su intención de someterse a su arbitrio, llegando a los Tribunales Judiciales solo los procesos que así querían los asegurados, siendo estos el porcentaje restante.

Las atribuciones que hemos venido refiriendo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas —arbitraje, inspección y vigilancia— fueron replanteadas por el Gobierno Federal y, desatinadamente le fue quitado a la autoridad especializada en materia de seguros su facultad de arbitraje para otorgársela a un Organismo sin motivo legal alguno de aparición, siendo producto nada más de las necesidades políticas de los gobernantes, perdiendo así la Comisión de Seguros su más atractiva prerrogativa de arbitro frente a la Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, mejor conocida por sus siglas como “CONDUSEF”.

1.3.3.2.- Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros.

Esta autoridad de reciente creación viene a ser también considerada como reguladora de la actividad aseguradora. Organismo que en lugar de venir a significar un avance para la actividad aseguradora implicó un retraso.

La “CONDUSEF” es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios,³² tiene por objeto 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.³³

El objetivo primordial de la Comisión es procurar la equidad en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras, otorgando a los primeros elementos para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en la relaciones que establezcan con las segundas.³⁴

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros tiene como finalidad promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras, arbitrar sus diferencias de manera imparcial y proveer la equidad en las relaciones entre éstos.³⁵

1.3.3.2.1- Nacimiento de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros.

La Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, nace con la legislación denominada Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

³² Artículo 4º de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

³³ Artículo 1º de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

³⁴ Artículo 4º Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

³⁵ Artículo 5º Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros se publica en el Diario Oficial de la Federación el día 18 de enero de 1999, para entrar en vigor noventa días después de su publicación, empezando a tener vigencia a partir del 19 de abril de 1999.

La creación de la "CONDUSEF" obedece a fines estrictamente políticos, gestados en el periodo presidencial del Dr. Ernesto Zedillo, se estima que éste Organismo nació con la única voluntad de frenar el arraigo que las organizaciones populares como "Barzón", "Unión de deudores de la Banca", "Organización Nacional para la Protección de Patrimonio Familiar", etcétera, estaban teniendo entre la gente, ya que acudían a ellos con el fin de que sus líderes encabezaran su defensa legal, pésima por cierto, ante los tribunales judiciales.

En pleno periodo electoral como lo fue el año de 1999 que arrancaba con un partido en el poder bastante desmejorado, con un partido de oposición fortalecido por méritos propios como por errores del contrario, con un escenario económico desventajoso para el común denominador de la sociedad; el Gobierno Federal se vio en la imperiosa necesidad de llenar ese hueco de poder, tratando de lograr la preferencia del electorado, y por lo tanto se le ocurre la creación de un organismo que encabece la lucha contra las "malvadas" instituciones financieras.

Se manejó como argumento por parte del Gobierno Federal que éste organismo administrativo nace de la supuesta necesidad de aglutinar las áreas jurisdiccionales de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y de la CONSAR, más que necesidad de aglutinar, pudiéramos decir que estos Organismos fueron desposeídos por un acto de arbitrariedad de sus facultades como árbitros, teniendo especiales efectos nocivos sobre la actividad aseguradora ya que de todas las autoridades administrativas referidas la única que sí explotaba en toda su extensión sus capacidades arbitrales era la de seguros y fianzas.

Según como se dijo, por parte de la autoridad se da este cambio por una supuesta necesidad que en realidad en forma alguna existía, siendo el único efecto que contrajo un retroceso. Retroceso que se genera toda vez que desde tiempo atrás se empezaba a marcar una corriente muy importante de especialización por parte de las autoridades en estas áreas tan delicadas del sector financiero. No debemos olvidar la separación que se origina en la antigua Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, para pasar a formar la Bancaria y de Valores y de Seguros y Fianzas; esta corriente tan necesaria en la especialización de los órganos que han de conocer de ciertos aspectos jurisdiccionales es completamente necesaria y se venían desempeñando de excelente forma, convirtiéndose en una descarga de trabajo para los tribunales judiciales, ya que cantidad de gente e instituciones financieras se sometían al arbitraje a fin de dirimir sus controversias, pero ahora con la creación de este nuevo organismo, muy pocos, por no decir que nadie se somete a la jurisdicción de la CONDUSEF.

Como señalamos al principio, el principal objetivo que se tiene con la creación de éste organismo es su respaldo hacia los usuarios de servicios financieros, así como la resolución de controversias entre las instituciones financieras y los usuarios de las mismas.

Tenemos que la CONDUSEF desde un principio ha logrado exactamente lo contrario para lo que fue creado, ya que ha conseguido alejar a todas las instituciones financieras de su jurisdicción, simple y sencillamente por la forma en que fue creada, ya que desde los primeros artículos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros se establece que la Comisión tiene por objeto la protección y defensa de los derechos e intereses del público usuario de servicios financieros, luego entonces, partiendo de tal premisa tendremos que acudir ante la Autoridad a fin de dirimir una controversia, pero nos topamos con que el primordial objetivo de la autoridad a la que se acude, es la defensa del usuario de servicios financieros, es decir de su contrario, por lo que vale la pena preguntarse, ¿que legitimación tiene una autoridad que ha de resolver un litigio si es ella precisamente la encargada de defender a una de las partes?.

La CONDUSEF esta violando flagrantemente los principios mas elementales defendidos por nuestra Constitución, que son la legalidad y seguridad jurídica, aquí pasaron de largo estos principios básicos creando un Organismo que es juez y parte. Sorprende como se da la creación de este organismo, ya que desde el principio se anuncia cual es su finalidad de ser juez y parte; la gravedad no llega hasta ahí, yendo más allá de lo precisado en la Ley tendremos, que las instituciones financieras han sido puestas entre la espada y la pared, ya que tienen que acudir a un Organismo que defiende los intereses de quien les reclama, poniendo en sus manos la resolución de las controversias.

La desconfianza no es infundada, ya que no es posible someter la resolución de controversias a un organismo que debe de justificar su existencia, es decir, si nació para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros desde luego que debe lograr tal objetivo para tener permanencia, lo cual implica la irremediable condena de las instituciones financieras que se sometan al arbitraje. Como se verían las estadísticas de un organismo que nació para defender a los usuarios teniendo como principal favorecido en sus resoluciones a las instituciones financieras.

El sector asegurador, mal entendido como integrante del sector financiero, siempre se manifestó en desacuerdo con la creación de la CONDUSEF; el primer desaguisado entre CONDUSEF e instituciones de seguros, se generó por que se ofreció por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público que el proyecto de ley, así como la infraestructura del organismo serían debatibles, ofreciéndose ser escuchadas las ideas, inquietudes y necesidades del sector, teniendo mucho interés en manifestarse las instituciones de seguros a través de sus conductos adecuados, como son la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, la Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas, la Asociación Mexicana de Agentes de Seguros y Fianzas y los funcionarios de las empresas de seguros.

El interés en manifestarse sobre la creación del órgano administrativo y la promulgación de la ley es de fácil entendimiento, ya que no se debe dejar de lado que se intentaba sacar al sector asegurador de una instancia especializada en resolver sus controversias con bastante conocimiento de la materia, instancia sobre la cual ya habían logrado una especialización al haberse dado la escisión de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, para crear dos comisiones la Bancaria y de Valores y la de Seguros y Fianzas; para pasar de nueva cuenta ahora junto con otro conglomerado de empresas a otra instancia cuyo primordial interés es el de defender los derechos de las contrapartes.

Ante la postura tomada por la autoridad, el sector de forma inmediata se inclinó por solicitar el amparo, pero de nueva cuenta el organismo recién nacido, a través de su presidente, invitó al sector a tener una serie de reuniones en las cuales buscarían consensar esa ya vigente ley sacando las reformas que fueran pertinentes; pues así se procedió a realizar propuestas, llegando a la conclusión de que si el organismo había nacido, entonces había que ponerlo a trabajar correctamente. De nueva cuenta no fue así y el arduo trabajo realizado fue echado al cesto de la basura y sí, se reformó la ley, se reformó para causar mas problemas sin resolver los existentes.

1.3.3.2.2.- Implicaciones de la CONDUSEF en la actividad aseguradora.

Existen diversas implicaciones por el nacimiento de la CONDUSEF[®] en la actividad aseguradora, que van desde lo desgastadas que quedaron las relaciones entre los funcionarios que comandan la Comisión y los funcionarios de las instituciones de seguros y representantes de asociaciones civiles, hasta llegar a la ola de amparos que fueron y seguirán siendo presentados en contra de ese Organismo y cualquiera de sus determinaciones.

En cuanto a lo lastimadas que quedaron las relaciones entre la CONDUSEF y el sector asegurador debe ser un aspecto nada menospreciado ya que no es conveniente para el Gobierno Federal que se tengan tirantes estas relaciones en un sector tan

complejo, con grandes capitales invertidos, con tanta participación social que pudiera convertirse a la postre en un problema social.

Son destacables tres implicaciones generadas en el sector asegurador por la creación y entrada en funciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios Financieros. Podemos distinguir como primera de ellas el ilegal cambio de jurisdicción de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la CONDUSEF; la segunda, referente a la extenuante y compleja vigilancia a que se somete a las instituciones de seguros ya que ahora son revisadas por la Comisión de Seguros y Fianzas y por la CONDUSEF; la tercera es la casi nula participación de la CONDUSEF en los procesos de arbitraje.

En cuanto a la primera de las repercusiones tenemos que es de considerarse como la más grave, no solo para las instituciones de seguros sino también para los asegurados. El ámbito de esta repercusión se dio en los litigios que se estaban llevando ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en forma de los juicios arbitrales de estricto derecho.

La violación no pudo ser más grave, la Ley de Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros establece un artículo cuarto transitorio que a la letra señala: " Los procedimientos que las Comisiones Nacionales³⁶ lleven a cabo para la protección de los intereses del público en lo individual, y que hasta la fecha de entrada en vigor de esta ley estén en curso, serán concluidos de manera definitiva por la Comisión Nacional, de conformidad con las disposiciones que se encontraran vigentes al momento de iniciarse el procedimiento"

Lo establecido en el artículo cuarto transitorio de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros viola de forma terrible lo establecido por los

³⁶ Recuérdese que de acuerdo al artículo 2º de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros por Comisiones Nacionales debe entenderse referidas a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

artículos 14 y 16 de la Constitución General de la República referentes a la legalidad y seguridad jurídica de los gobernados, así como atropella sin miramiento alguno lo dispuesto por los artículos 1051 y 1052 del Código de Comercio que establecen, que el procedimiento a seguir en la resolución de controversias es el que libremente designen las partes.

Para poder entender la gravedad de la trasgresión de derechos cometidos por la CONDUSEF es menester hacer un poco de antecedentes. Para nadie es desconocido que antes de la existencia de la CONDUSEF los litigios en materia de seguros podrían ser ventilados en las delegaciones regionales de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o en las oficinas centrales de la misma, ya que resulta de conocimiento generalizado que previamente a proceder a demandar a una compañía aseguradora se debe agotar un procedimiento conciliatorio ante tal autoridad³⁷, posteriormente a la intentona de conciliar y si no se daba esto, la autoridad administrativa hacía una invitación a las partes —asegurado y aseguradora— a que se sometieran al arbitro de esa Comisión Nacional de Seguros mediante los procedimientos de estricto derecho o amigable composición.

Todo marchaba a la perfección, existía una gran cantidad de litigios sometidos a la Comisión de Seguros, quien siendo un órgano técnico especializado en la materia generaba la confianza suficiente para encomendar las resoluciones de los problemas, pero de pronto aparece en el escenario la CONDUSEF, materialmente arrebatando a la Comisión de Seguros todos los procedimientos en que ésta había sido designada arbitro, pasando por encima que las partes habían designado de común acuerdo como arbitro de la contienda a un órgano específicamente designado, es decir, fue voluntad, solo voluntad de las partes designar un árbitro expresamente, en otras palabras, los inmersos en procedimientos arbitrales fueron quienes dieron vida a la figura arbitral de la Comisión de Seguros.

³⁷ Actualmente existe una tesis aislada que señala la anticonstitucionalidad de tal supuesto contenido en el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, al referir que la Justicia debe ser pronta y expedita contrariándose este precepto constitucional con el establecimiento de audiencias previas a la presentación de las acciones

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dada la obligatoriedad y entrada en vigencia de la Ley de la CONDUSEF, dio a conocer mediante un simple acuerdo que ya no estaba en posibilidades de seguir fungiendo como arbitro en los negocios en que se le designó, anunciándose que pasaban los autos para la resolución de los asuntos a la CONDUSEF.

Ante la eminente violación todas las instituciones de seguros procedieron en primer lugar a presentar en cada uno de los litigios que se veían involucradas un recurso de revocación, que era el adecuado por así haberse considerado en el pacto arbitral³⁸ preparando así la interposición del Juicio de Amparo.

El agravio cometido fue sumamente evidente ya que no es necesario ser especialistas en seguros, ni ser abogado, para poder apreciar lo que se cometió, ya que las partes habían accedido a que se resolviera la controversia mediante un pacto arbitral en el cual designaron como autoridad arbitral a la Comisión de Seguros, además delimitaban su actuar de acuerdo con las cláusulas convenidas en el pacto de arbitraje, posteriormente nos topamos ante la monstruosa situación de que, a quien de común acuerdo se había designado arbitro, ya no lo era y al contrario nos ponían uno nuevo que seguiría conociendo del asunto.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

³⁸ En cuanto a la promoción del recurso de revocación debemos de mencionar que éste fue hecho a forma de un solo modelo para todos los litigios en que se participaba ya que el desgaste de promover libremente por cualquier abogado autorizado por las compañías como sus abogados externos traía consigo además del descontrol obligado, la dificultad de unificar los criterios. Con gusto participe en el grupo de trabajo que creo el modelo de recurso de impugnación, el cual descansaba como argumento defensivo en la falta de legitimación de la Comisión de Seguros en hacer el cambio de autoridad, toda vez que las partes por nuestra propia voluntad era quien habíamos designado el arbitro, luego entonces, solo las partes pudiéramos cambiarlo de común acuerdo.

En realidad la suerte del recurso intentada ya sabíamos estaba echada, por lo que los argumentos en él mismo expresados eran más para basar un Juicio de Amparo que para pretender cambiar el sentido del auto que se recurría.

Muy desafortunada fue la respuesta de la autoridad a los agravios que le fueron expuestos en el recurso de revocación que se comenta ya que en lugar de participar en el debate dando argumentos jurídicos para sostener su resolución le sacaron la vuelta y señalaron ser incompetentes ya que el procedimiento de los asuntos debería ser tramitado ante CONDUSEF

Lo anterior fue muy alarmante para las instituciones de seguros, ya que se toparon con el hecho de que forzosamente los juicios en que eran partes serían resueltos por la autoridad que se encargaba de defender a los usuarios de servicios financieros, es decir a su contrario.

La primera de las implicaciones que reseñamos fue devastadora para la misma CONDUSEF, para los asegurados y para las aseguradoras, para la autoridad implicó el inicio de relaciones ruidosas en las que vio involucrada la necesidad de hacer un esfuerzo intelectual amplio por parte de su Vicepresidencia Jurídica, ya que se promovieron recursos y amparos que requirieron de especial atención por las repercusiones que implicaba tener una resolución adversa sobre la cuestionada Ley de la CONDUSEF.

La CONDUSEF perdió en las instituciones de seguros un fuerte aliado para la justificación de su existencia, ya que desde antes de su nacimiento las instituciones de crédito así como las auxiliares del crédito, no acudían a tramitar procedimientos ante la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, solo atendían audiencias por quejas presentadas en su contra, pero nunca un procedimiento completo como lo era en la Nacional de Seguros y Fianzas. Al perder la tramitación de los procedimientos de seguros la CONDUSEF se enfrenta ante el hecho de que no tiene trabajo de arbitraje de ninguna especie que realizar.

Actualmente la labor de la CONDUSEF solo ha sido encaminada hacia tramitar las quejas de los asegurados intentando conciliar esos intereses, pero en lo referente al procedimiento arbitral de estricto derecho que venía tramitándose ante la Nacional de Seguros y Fianzas ya no tuvo nada, esto por política de las mismas instituciones que han decidido no someterse al arbitraje hasta en tanto no se adecue la finalidad del organismo.

La pérdida para los asegurados también fue sensible ya que los asuntos que somete al conocimiento de la CONDUSEF no le son resueltos en definitiva, lo cual le ha

traído una mala experiencia expresándose que acudir a tal órgano es sólo perder el tiempo ya que no resuelve absolutamente nada.

Además de la falta de resolución en el fondo de los asuntos sometidos al conocimiento de la CONDUSEF, tenemos que evitar el sometimiento de las instituciones de seguros a tal instancia ha generado que los asuntos no puedan ser resueltos mas que por los Tribunales Judiciales, lo cual repercute en el costo que para el asegurado representa intentar una acción en contra de instituciones de seguros, costo que se refleja en el pago de honorarios a abogados, quienes al ver que han de dedicar más tiempo en el proceso deciden aumentar sus honorarios o cobrar una parte de sus servicios por adelantado. Aunado al costo generado por el abogado tenemos el costo que genera llevar el proceso mismo, ya que es necesario hacer notificaciones, sacar copias, presentar recursos, lo que no sucedía ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ya que las notificaciones las hacían las mismas partes o los litigantes eran llamados para acudir a las oficinas de la institución y notificarse.

Caso especial resulta el concepto de gastos y costas que genera el procedimiento, este costo como es conocido se genera por el hecho de perder un litigio, costo que puede representar cuando menos el 10% de la cantidad que ha demandado el asegurado. Los gastos y costas eran un riesgo que no se corría cuando se acudía a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas toda vez que esta autoridad estilaba no realizar tal condena.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Por estos aspectos tenemos que se han disminuido considerablemente las demandas promovidas en contra de la instituciones de seguros, teniendo tramite sólo aquéllas que sean por una suma interesante o de plano que el asegurado estime tener por completo la razón.

La repercusión en los derechos de los asegurados van más allá que los gastos en que incurren, tenemos que existen asuntos en los que las instituciones de seguros han obtenido resoluciones favorables basadas en cuestiones procesales, es decir, de

forma no de fondo, lo cual causa también —con justa razón— enojo en el asegurado, quien no ve si en realidad tenía la razón de su planteamiento, ya que no se entra al estudio de éste por una deficiencia en el procedimiento.

La declinación a someterse al arbitraje de la CONDUSEF por parte de las instituciones de seguros ha causado un eco significativo en los asegurados, quienes al promover reclamaciones pequeñas, derivadas algunas veces de inconformidades por la tardanza en la reparación de su vehículo, por no estar de acuerdo con cierta pieza que se le puso a su automóvil, no estar de acuerdo en el pago de un deducible o coaseguro, no estar de acuerdo en pagar honorarios médicos excedentes debido a tratarse de doctores no incluidos en la red de médicos de las aseguradoras; todas estas reclamaciones, muy válidas por cierto, no son resueltas por la CONDUSEF ya que la institución de seguros solamente presenta el informe que le es requerido, pero no manifiesta interés alguno en resolver la problemática que aqueja a su cliente, lo cual no sucedía en la Comisión de Seguros y Fianzas, quedándose así el asegurado sin ser satisfecho en su solicitud, dejándole a salvo sus derechos para demandar ante los Tribunales, cosa que no hará debido al monto de su reclamación, todo esto gracias a la actitud de la CONDUSEF frente a las instituciones de seguros.

En cuanto a las implicaciones traídas a las instituciones de seguros, tenemos las ya comentadas aunándose a ellas la presión política de que han sido objeto ya que al ser reticentes a la entrada en vigor de la CONDUSEF se vieron presionadas a no presentar amparos contra esta ley en su conjunto, se les impidió a través de atentas reuniones con la Secretaría de Hacienda a no intentar amparos en bloque, es decir, por sector, bajo el argumento de que esto traería duras consecuencias fiscales, es decir, se les extorsionó.

Como punto final de este tema conviene dejar apuntado que la CONDUSEF, no se ha conformado con el grave problema que tiene encima, sino que se ha dado a la tarea de cosechar más, y para muestra tenemos la adición a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en el año 2000, del artículo 50 bis, el cual

obliga a las instituciones financieras a crear una oficina dentro de sus instalaciones al alcance de todo el público denominada "unidad especializada".

Esta "unidad especializada" tiene por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios de los servicios financieros que provea la institución³⁹. En principio parecía buena la idea de la CONDUSEF, ya que las instituciones de seguros están actualmente manejando oficinas integradas por personas de reconocida solvencia moral sin ninguno vínculo con la empresa, que son conocidos como "Defensores de los Derechos de los Asegurados", una especie de ombudsman de seguros, siendo bien acogida la propuesta dado que al parecer los pasos de la autoridad e instituciones caminaban hacia el mismo rumbo.

La CONDUSEF desperdició su oportunidad y en lugar de explotar las posibilidades que daba la adición del artículo 50 bis a la ley, vista con beneplácito por las instituciones, dejó a ellas toda la carga financiera y administrativa de constituir estas unidades especializadas.

Se obligó a las instituciones financieras a contar en cada entidad federativa con la unidad especializada, es decir, se debían constituir 32 oficinas por cada institución; se cargó el gasto de funcionamiento, operación y organización a las instituciones financieras; se deben de rendir informes trimestrales de todas los asuntos atendidos por la unidad⁴⁰.

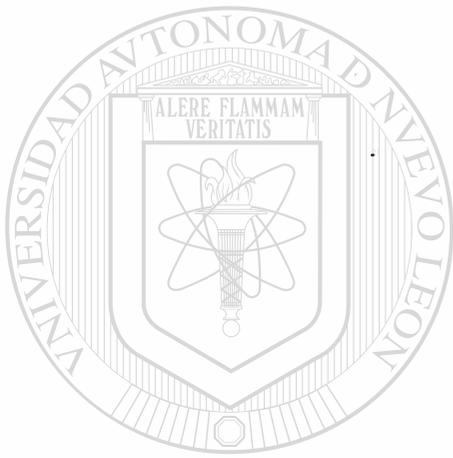
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El costo que se genera para las instituciones al constituir estas unidades es considerable, ya que solo basta imaginarse a cuanto asciende el montar una oficina en cada Estado de la República, 32 oficinas en total, con mobiliario y personal en cada una, no siendo único el costo de poner la oficina, sino que además se ha de pasar por

³⁹ Artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

⁴⁰ Artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

los gastos generados por ella en su operación, esta propuesta fue debidamente combatida mediante el juicio de amparo.⁴¹



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

⁴¹ La demanda de amparo promovido en contra del artículo 50 bis fue resuelta en primera instancia declarándose improcedente la misma y negando el amparo de la autoridad federal, actualmente se encuentra en trámite ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación el recurso de revisión correspondiente. Este amparo ha sido elaborado por un grupo de abogados encabezados por el Lic. Polo Bernal.

CAPITULO SEGUNDO

EL CONTRATO DE SEGURO

1.- CONTRATO DE SEGURO.

Toca en tunc ocuparnos ahora del tema toral de esta investigación, nos referiremos al concepto del contrato, sus características, elementos esenciales, modos de contratación, su perfeccionamiento, y así a sus aspectos mas relevantes.

1.1. Concepto.

Sobre el concepto del contrato de seguro la mayoría de los tratadistas se manifiestan en el sentido de que resulta difícil ofrecer una definición completa de éste contrato, debido a los múltiples elementos que sobre él misma gravitan, con lo cual se hace casi imposible dar una definición uniforme a todos los contratos de seguro.

Compartimos la opinión en la dificultad de establecer una definición del contrato de seguro, ya que por principio de cuentas existen contratos, que aún y siendo de seguros, resultan diferentes en cuanto a los sujetos que participan en el mismo, razón por la que nos inclinamos a señalar que para efector prácticos las mejor definición, es la que nos ofrece el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro ya que de la misma podemos partir para nuestro estudio.

El artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establece:

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

Para una mejor comprensión y entendimiento del contrato de seguro es conveniente precisar algunas definiciones que dan los tratadistas acerca del mismo.

Hémard, quien sostiene: "El seguro es una operación por la cual una parte, el asegurado, 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".⁴²

Para el autor español Garriguez: "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, muerte, etc.), sino tan sólo 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 pérdida se teme; por ese se llama valor de sustitución o reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; ésta es la esencia de la institución".⁴³

El que se considera el más grande tratadista de seguros contemporáneo, Antigono Donati, estima que el seguro es: "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".⁴⁴

Otro distinguido tratadista italiano, Brunetti, considera que: "El contrato de seguro es el contrato bilateral, autónomo, a título oneroso, por el que una sociedad de seguros,

⁴² Citado por Ruiz Rueda Ob cit Pág 49

⁴³ Garriguez Joaquín *Curso de Derecho Mercantil*, Tomo II México Editorial Porrúa. 1987. Pág. 247.

⁴⁴ Citado por Itzigsohn Ob.cit. Pág. 321.

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".⁴⁵

Para Oscar Vásquez del Mercado, "Es la relación jurídica en virtud de la cual la empresa aseguradora, contra el pago de una prima, se obliga a relevar al asegurado, en los términos convenidos de las consecuencias de un evento dañoso incierto; la prestación de la aseguradora consiste en resarcir el daño, pagar una suma de dinero"

Conviene citar al Maestro Arturo Díaz Bravo al referirse a la idea que del contrato de seguro da la Ley de la materia en su artículo 1º, resultando conveniente su cita ya que la crítica que del mismo hace, respalda lo que hemos asentado al principio de este tema, que es difícil establecer una definición del contrato de seguro.

"La noción que suministra la LCS coincide, en términos generales, con la de otras legislaciones: "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"

"Y sin embargo, noción tal no está exenta de reproche. El empleo de la preposición *mediante*, que equivale a la expresión *por medio de*, parece indicar que la obligación de la empresa aseguradora solo surge una vez que se le ha pagado la prima, lo que es inexacto, pues, como se verá posteriormente, tal obligación se perfecciona, conforme a la ley mexicana, por el mero consentimiento verbal"⁴⁶

Es conveniente citar también las definiciones de los Códigos Civil Italiano, Ley de Contrato de Seguro Española, Ley Argentina 17418 reguladora del contrato de seguro, todas ellas citadas por Díaz Bravo en su obra Contratos Mercantiles, al tratar el capítulo referente al contrato de seguro.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Díaz Bravo, Arturo. Ob. cit. pág 136.

- a) Código Civil Italiano (art. 1882) "El seguro es un contrato por el cual el asegurador, contra el pago de una prima, se obliga a resarcir al asegurado, dentro de los límites convenidos, del daño a él causado por un siniestro, o bien a pagar un capital o una renta al verificarse una eventualidad que afecte la vida humana";
- b) Ley de Contrato de Seguro española (art. 1º): "El contrato de seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas"
- c) La Ley argentina 17418, reguladora del contrato de seguro, lo define así: "Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o a cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto"

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, también ha hecho lo propio en cuanto a la delimitación del contrato de seguro se refiere, publicando la siguiente jurisprudencia:

SEGUROS.- El contrato de seguro es aquel por el cual una de las partes se obliga, mediante cierta prima, a responder e indemnizar a la otra el daño que le pueden causar ciertos casos fortuitos a que está expuesta. La naturaleza de este contrato es bilateral, porque produce obligaciones recíprocas; para el asegurado, la de pagar la prima convenida y para el aseguradora, reportar las pérdidas causadas por un acontecimiento incierto previsto en el contrato; además, es de interpretación estricta, porque la responsabilidad del asegurador se extiende a los peligros expresamente determinados en la póliza respectiva de modo que cuando el asegurado exija el

pago de la indemnización, debe probar: primero, la existencia del contrato de seguro; segundo, la realización del siniestro; tercero, la existencia de la cosa destruida por el siniestro, y cuarto, el valor de ella; sin que baste que en la póliza exista una fórmula general que se refiera a los demás riesgos, peligros y desastres, a que estuviere expuesta la cosa asegurada, pues esto no es suficiente para fundar una reclamación, sino que es indispensable concretarla, señalando el caso fortuito que dio lugar a la pérdida, caso que debe ser de índole semejante a los enumerados en las fracciones del artículo 830 del Código de Comercio, cuanto se trata de seguros marítimos; pero no puede considerarse causa fortuita el notorio descuido del asegurado, ni el siniestro debido a los vicios propios de la cosa.

Quinta Epoca. Semanario Judicial de la Federación.
Tercera Sala. Tomo XXVII, pág. 254. Amparo Directo.
Mortola Santiago, 9 de Diciembre de 1929.

De todos esos conceptos que preceden, se desprenden aspectos de significativa importancia, que nos permiten realizar el examen inicialmente propuesto, conforme a los términos que se precisan a continuación.

1.2. Características.

Las características que distinguen al contrato de seguro y que se advierten de las definiciones que anteceden son las siguientes: 1.- *Mercantil*; 2.- *De garantía*; 3.- *Nominado*; 4.- *De empresa*; 5.- *Bilateral*; 6.- *Oneroso*; 7.- *Conmutativo en cuanto a las prestaciones a cubrir por las partes y aleatorio en cuanto a la realización del riesgo y su eventual compensación*; 8.- *De adhesión*; 9.- *Consensual en oposición a formal*; 10.-

De tracto sucesivo; 11.- Principal, 12.- De uberrimae fidei, fidejussio, o sea, de buena fe. 13.- Indemnizatorio y no de lucro.

1.2.1.- Contrato Mercantil.

Como precisamos desde el capítulo de antecedentes, el contrato de seguro quedó comprendido como un acto de comercio por así disponerlo el artículo 75 del Código, por lo que su carácter mercantil resulta por demás obvio y manifiesto.

En esas condiciones, al tener su esencia o naturaleza el carácter de mercantil, el contrato de seguro se regulará por la normatividad de la materia, conformada en este caso por las disposiciones específicas del 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 demás ordenamientos legales que hagan alusión al mismo; por ende, las cuestiones y controversias que deriven de su interpretación, cumplimiento e incumplimiento que requieran de la intervención de los órganos jurisdiccionales serán de esta índole, sujetándose a las reglas procedimentales de cada una de las entidades federativas, por así disponerlo expresamente el Código de Comercio.

La naturaleza mercantil del contrato de seguro resulta fácil de advertir a través de la lectura de los dispositivos legales siguientes:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Código de Comercio:

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

75.- “La ley reputa actos de comercio:

...

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

1049.-“Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar las controversias que conforme a los artículos 4º, 75 y 76 deriven de los actos comerciales”.

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 registrará conforme a las leyes mercantiles”.

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 registrarán por las disposiciones de este libro y en su defecto se aplicará la Ley de procedimientos local respectiva”

1063.- “Los juicios mercantiles se substanciarán de acuerdo a los procedimientos, aplicables conforme este Código, las leyes especiales en materia de comercio, y en su defecto por la Ley procesal local respectiva”

En corroboración a lo expresado con antelación, con relación a la naturaleza mercantil del contrato de seguro, nos permitimos destacar el texto de los criterios siguientes de nuestro Máximo Tribunal: ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESPONSABILIDAD CIVIL OBJETIVA,

AUTONOMIA DE LA ACCION DE.- Un recto análisis del artículo 1913 del Código Civil para el Distrito Federal revela, que la acción que regula es autónoma y no comprendida ni derivada de un contrato, pues en la responsabilidad civil objetiva los partícipes o sujetos de la misma son: el que por el empleo o uso de mecanismos peligrosos u otras conductas

análogas, causa el daño y aquel al que se le causa; consecuentemente el único responsable directo del pago de la indemnización lo es el sujeto activo de la conducta dañosa, sin que exista responsabilidad solidaria de las compañías aseguradoras frente al sujeto pasivo, máxime que no existe disposición legal que las solidarice con la acción personal de responsabilidad objetiva, pues el seguro se rige por ordenamientos legales diferentes, como son, la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas y la Ley sobre el contrato del mismo, y la relación jurídica que establece este acto sólo vincula al asegurador con el asegurado, siendo tercero quien sufrió un daño con motivo de la responsabilidad objetiva. Octava Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: II Segunda Parte-2. Página: 486.

SEGURO, CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO DE.

COMPETENCIA DEL JUEZ DEL DOMICILIO DE LA ASEGURADORA SI ASI SE PACTO.-

Quando se reclama el cumplimiento de un contrato de seguro, las cuestiones competenciales deben resolverse de acuerdo con las reglas que señala el Código de Comercio, si el referido contrato lo celebraron dos empresas que están consideradas como mercantiles por el artículo lo., fracciones III y IV, de la Ley de Sociedades Mercantiles, además de que el asunto es de naturaleza mercantil conforme al artículo 75, fracción XVI, del Código citado. Ahora bien, de conformidad con lo establecido por los artículos

1092, 1093 y 1104 del Código de Comercio, es juez competente aquél a quien los litigantes se hubieren sometido expresa o tácitamente, entendiéndose que hay sumisión expresa cuando los interesados renuncian clara y terminantemente al fuero que la ley les concede y designan con toda precisión el juez a quien se someten, y que sea cual fuere la naturaleza del juicio, será preferido a cualquier otro juez el del lugar designado en el contrato para el cumplimiento de la obligación. De acuerdo con estas reglas, si en el contrato de seguro se establece en una de sus cláusulas que en caso de controversia el asegurado podrá ocurrir a los Tribunales competentes del domicilio de la compañía aseguradora, resulta inconcuso que es el juez que ejerza jurisdicción en el mismo quien debe conocer del juicio de que se trata. Octava Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: I Primera Parte-1. Página: 345.

1.2.2.- Contrato de garantía.

El objeto del contrato de seguro, que se hace consistir en el compromiso de la aseguradora para resarcir o indemnizar al asegurado contra el pago de una prima, respecto de un daño que se llegue a producir por el eventual acontecimiento de un siniestro, es decir, asumir las consecuencias de un riesgo en los términos contractuales previstos, constituye una garantía en toda la acepción de la palabra.

En efecto, el significado del vocablo de acuerdo con Palomar de Miguel, no es otro distinto a: "Garantía.- f. Acción y efecto de afianzar lo estipulado.// Prenda, fianza.// Cosa que protege y asegura contra algún riesgo o necesidad"; a lo que debe agregarse la

connotación de la denominación del contrato de que se trata, que de acuerdo al citado autor, se entiende: "Seguro. (lat. *Securus*) adj. Libre y exento de todo peligro, riesgo o daño.// Indubitable, cierto y en cierto modo infalible.// Firme, constante y que no se halla en peligro de faltar o caerse".⁴⁷

En consecuencia, desde un enfoque gramatical o semántico, por el contrato de seguro debemos entender la garantía que otorga en grado de certeza una empresa aseguradora, en el sentido de comprometerse a asumir las consecuencias de la realización de una eventualidad de conformidad a los términos previstos, resarcando un daño o indemnizándolo mediante una suma de dinero.

Esa significación del seguro como una garantía, se pone de relieve en diversos dispositivos legales a través de los cuales, a efecto de tutelar y proteger el interés público que se pone en juego y que se encuentra colocado por sobre cualquier interés particular, a las empresas aseguradoras se les obliga por mandato de ley a constituir reservas económicas, que garanticen a su vez el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus asegurados,

Ley Sobre el Contrato de Seguro:

20.- "La empresa aseguradora estará obligada a ...

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

37.- "Las instituciones de seguros deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguro y reaseguro. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público determinará, mediante reglas de carácter general, los porcentajes de las sumas de capital mínimo de garantía y reserva de previsión que sirvan de base para fijar, en cada operación o ramo, los límites de retención de las instituciones en un solo riesgo...".

⁴⁷ Palomar de Miguel Ob cit Págas. 626 y 1031

46.- "Las instituciones de seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas:

- I.- Reservas de riesgo en curso;
- II.- Reservas para obligaciones pendientes de cumplir;
- III.- Reserva de previsión; y
- IV.- Las demás previstas en esta ley".

Oscar Vázquez del Mercado se pronuncia en tal forma, no hace una referencia expresa a que el contrato de seguro deba ser considerado como un contrato de garantía, pero deja muy clara esa posibilidad al referir: "El seguro cumple con la importante función de dar tranquilidad al asegurado en tanto siente que elimina el riesgo que absorbe el asegurador".⁴⁸

Con relación a esa función garantora que cumple el contrato de seguro, encontramos en el siguiente criterio que nos permitimos destacar:

CONTRATO DE SEGURO. PERIODO A QUE SE LIMITA LA HIPOTESIS DE QUE LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NO RELEVA A LA ASEGURADORA DE CUMPLIR CON EL.- El artículo

1949 del Código Civil 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 con lo que le incumbe; pero tratándose del contrato de seguro, este principio tiene la excepción que se desprende del artículo 35 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el sentido de que la empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo a pesar de que la prima no fuere pagada. Mas el alcance de esta excepción no es absoluto, sino limitado a los

⁴⁸ Ob cit. pág. 268.

treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, de acuerdo con lo que dispone el artículo 40 de la misma ley, por lo que, transcurrido ese periodo sin que el asegurado pague la prima, no resultaría lógico ni jurídico suponer que pueda después exigir el importe de la garantía contratada, porque para entonces no sólo habrá cesado su derecho, sino también los efectos del contrato.

Novena Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito.

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I.1o.C.3 C. Página:

488.

Esta nota distintiva del seguro no es compartida por la mayoría de los tratadistas y más que formar parte de los elementos característicos del contrato por doctrina, es mi opinión agregarse al elenco de estas por el carácter práctico que representa.

La nota distintiva de la garantía llega a alcanzar su máxima expresión en la cláusula de indisputabilidad que se establece para los seguros de vida, en la cual se estipula que al paso de los dos años de vigencia continúa de la póliza el seguro es indisputable, lo cual implica que no se podrá invocar las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del asegurado al momento de contratar para dar por rescindido el contrato o para evitar el pago de alguna reclamación.

1.2.3. Contrato Nominado.

Con relación a la tercera nota apuntada —conforme a ese criterio de clasificación que en atención a su regulación legal considera a los contratos como nominados o típicos en cuanto se encuentren sujetos a la misma, e innominados o atípicos los que no lo están— se advierte que con justificada y sobrada razón que el de seguro pertenece a la categoría de los contratos nominados o típicos, en virtud de que, por una parte, es el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación, que en el caso

específico lo es la Ley sobre el Contrato de Seguro; y por otra parte, aunado a lo anterior cabe agregar el significativo hecho de que en nuestro sistema jurídico las empresas cuyo objetivo social lo constituye la explotación comercial de este contrato, para su organización y funcionamiento deben sujetarse a las normas de su ordenamiento legal rector, que es la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Arturo Díaz Bravo precisa con especial claridad ésta nota distintiva de la contratación al referirse de la siguiente forma: “Un revelador indicio de la importancia económica del seguro, para los no iniciados, lo configura el hecho de que ningún otro contrato —a lo menos en México— reclama para sí una reglamentación tan amplia y detallada: desprendidos del *C. Com.* existen una ley exclusiva que lo regula y un capítulo de la *LNCM* dedicado, obviamente, al seguro marítimo; no falta un reglamento a propósito del seguro agrícola; otra ley más, igualmente exclusiva, consigna el régimen de constitución, control y vigilancia, de las empresas aseguradoras; una tercera, y varios reglamentos, son ordenadores de algunas manifestaciones específicas de nuestro contrato, como el seguro agrícola, el seguro de grupo y el seguro de viajero”⁴⁹

1.2.4. Contrato de empresa.

Que el contrato de seguro sea de empresa, significa de acuerdo a la normatividad del sistema financiero mexicano la posibilidad de llevar a cabo operaciones de seguros, que únicamente podrá otorgarse a instituciones conformadas como sociedades anónimas, que operan en este ramo de actividad comercial al amparo de una autorización otorgada por el Ejecutivo Federal, sujetas al control, supervisión y vigilancia de entidades gubernamentales, de acuerdo a normas contenidas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En consecuencia, el tratamiento legal que reciben el contrato de seguro y las empresas que lo desarrollan como actividad social, deriva del interés colectivo de los

⁴⁹ Díaz Bravo, Arturo Ob cit pág 135.

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.

Acordes a esos razonamientos, encontramos las siguientes referencias del autor italiano César Vivante: "La garantía aislada por un riesgo individual no es un seguro. El seguro es —en la actualidad— un procedimiento técnico-económico para distribuir entre la masa de asegurables las consecuencias dañosas del siniestro, porque "el riesgo que se traslada del patrimonio de un particular al de otro no encuentra su seguridad: el asegurado esquivará el riesgo de incendio o del granizo pero afrontará el de la insolvencia de su llamado asegurador... La explotación técnica del ramo de seguros requiere que el asegurador sea una empresa, porque su funcionamiento exige la acumulación de una masa de riesgos, para la realización de la hipótesis estadística que lo funda y la formación de un fondo de primas que permita afrontar las obligaciones asumidas: no es posible alcanzar ese resultado industrial "si los negocios no se extienden a un amplio territorio, si no se continúan por una larga serie de años, si las primas recibidas no se emplean segura y fructuosamente, si no se seleccionan los riesgos con cautela técnica, si no se gana la confianza de los asegurados con un capital inicial de garantía".⁵⁰

Al respecto Vásquez del Mercado se pronuncia sobre la necesidad de que el contrato de seguro sea un contrato de empresa, al expresar: "A efecto de que la actividad aseguradora pueda desarrollarse o cumplir su función social y económica, se requiere necesariamente que se haga por medio de una organización de empresa que cumpla plenamente con los principios de una técnica moderna del seguro. Estos principios, como dijimos, son fundamentales y atienden a los riesgos en masa y homogéneos, para poder determinar más o menos con exactitud la prima, en relación con las probabilidades de que se produzca el siniestro. El seguro no puede existir a menos que se practique por una empresa científicamente organizada."⁵¹

⁵⁰ Citado por Halpenn Ob cit 1993 Págs 6 y 15

⁵¹ Vásquez del Mercado Ob cit Pag 266

Por otra parte, resulta conveniente señalar que la noción de empresa, se nos clarifica a través de la referencia siguiente del autor Barrera Graf: "La empresa o negociación mercantil es una figura de índole económica, cuya naturaleza intrínseca escapa al derecho... es una figura esencial del nuevo derecho mercantil, que consiste en el conjunto de personas y cosas organizadas por el titular, con el fin de realizar una actividad onerosa, generalmente lucrativa de producción o de intercambio de bienes o de servicios destinados al comercio... Se trata, en primer lugar, del titular de la negociación y de la organización que impone a ella el empresario; en segundo lugar, de un conjunto organizado de personas y de bienes y derechos, e inclusive de obligaciones que aquel asume; en tercer lugar, de una actividad de carácter económico (producción y distribución de bienes, prestación de servicios); y en cuarto, que va dirigida o está destinada al mercado, o sea, al público en general".⁵²

Para el distinguido tratadista Mantilla Molina: "La negociación mercantil es el conjunto de cosas y derechos combinados para obtener u ofrecer al público bienes o servicios, sistemáticamente y con propósitos de lucro... subsiste mientras subsista la combinación de cosas y derechos que la forman, y con independencia de la persona que la construyó".⁵³

En nuestro sistema jurídico, el reconocimiento a esa noción o idea de empresa o negociación mercantil, como conjunto organizado de elementos complejos en torno a la realización de actividades comerciales, es por demás extenso; se encuentran menciones directas al concepto de referencia, no tan sólo en el abundante cúmulo de leyes mercantiles vigentes, sino también en diversidad de ordenamientos, que van desde la Constitución, Ley Federal del Trabajo, códigos y leyes fiscales, administrativas, civiles, penales y procesales a muchos otros más".⁵⁴

⁵² Barrera Graf, Jorge "Instituciones de Derecho Mercantil" México Editorial Porrúa 1993. Págs. 81, 82 y 83

⁵³ Mantilla Molina, Roberto "Derecho Mercantil" México. Editorial Porrúa. 1982. Pág 97

⁵⁴ Sepúlveda Sandoval. Ob.cit. Pág. 91.

Aplicado lo anterior al negocio de seguros, como sostiene Díaz Bravo: “Sólo la empresa profesional aseguradora puede garantizar la formación de una mutualidad de asegurados, indispensable para la operación técnica del seguro. En otras palabras, la determinación de la prima, cuyo monto, sumado al de las demás que deben pagar los demás asegurados —la mutualidad—, sólo es posible a través de la reunión de todas ellas, pues considerados en conjunto los aportadores facilitan el cálculo de probabilidades del número y monto de los siniestros que los afectarán, mediante la aplicación de la ley de los grandes números”.⁵⁵

Ahora bien, el contenido de los preceptos que a continuación se transcriben corroboran lo expresado, en el sentido de que el contrato de seguro en nuestro sistema jurídico debe ser de empresa, en esos términos antes precisados:

Ley sobre el Contrato de Seguro:

- 1º.- “Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora...”.
- 2º.- “Las empresas de seguros sólo podrán organizarse y funcionar de conformidad con la Ley General de Instituciones de Seguros”.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

1o.- “Las empresas que se organicen y funcionen como instituciones de seguros y sociedades mutualistas de seguros, quedan sujetas a las disposiciones de esta Ley.

Las instituciones nacionales de seguros se regirán por sus leyes especiales y, a falta de éstas o cuanto en ellas no esté previsto, por lo que estatuye la presente”.

2o.- “La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los

⁵⁵ Díaz Bravo, Arturo “*Contratos Mercantiles*” México Editorial Harla 1991 Pág 134.

preceptos de esta Ley y en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Para estos efectos, podrá solicitar cuando así lo estime conveniente la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo o dependencia en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.

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

En la aplicación de la presente Ley, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la intervención, que en su caso, corresponda a la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, deberá procurar un desarrollo equilibrado del sistema asegurador, y una competencia sana entre las instituciones de seguros que lo integran".

4°.- "Se considerarán operaciones de seguros sujetas a las disposiciones de las leyes mexicanas, las que se celebren en el territorio nacional".

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

7°.- "Las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, son por su propia naturaleza intransmisibles y se referirán a una o más de las siguientes operaciones de seguro:..."

29.- "Las instituciones de seguros deberán ser constituidas como sociedades anónimas de capital fijo o variable, con arreglo a lo que dispone la Ley General de Sociedades Mercantiles,..."

Cabe destacar por último, con relación a esta nota distintiva en comento, la opinión del antes citado tratadista Diaz Bravo, quien considera lo siguiente: "El de seguro es uno de ellos, por así disponerlo el transcrito precepto que vierte el concepto legal, pero

también los artículo 3º.- I y 136-IV LGIS, el primero de los cuales prohíbe" "... a toda persona física o moral distinta de las señaladas en el artículo 1º de esta ley, la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano", y el segundo condena de ineficaces "los contratos concertados contra las prohibiciones del artículo 3º.", al afirmar que no producirán efecto alguno.... Es difícil concebir un asegurador no empresario. La necesidad de disponer de crecidos recursos, pero sobretodo de una organización de los numerosos factores del seguro racionalmente operado, primordialmente actuariales, técnicos, jurídicos, médicos, contables, y comerciales, sólo puede satisfacerse mediante la empresa".⁵⁶

La sujeción a esas condiciones por las aseguradoras en nuestro país, se pone de manifiesto en el texto del criterio siguiente de nuestro Máximo Tribunal:

ASEGURADORAS. FONDO DE RESERVA DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR. CUANTIFICACION DEL PAGO EN FAVOR DEL RECLAMANTE.-

De una apreciación armónica y jurídica del contenido de los artículos 50, fracción I, inciso d) y 55, fracción II, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros,

es evidente que la intención del legislador al constreñir legalmente a las instituciones

aseguradoras, a crear un fondo de reserva de las obligaciones pendientes de cumplir, fue la de garantizar a los beneficiarios el pago de las sumas de dinero que legalmente les correspondan, entre otros casos, cuando está en litigio el cumplimiento de las obligaciones de pago de la institución aseguradora derivadas de un contrato de seguro. Asimismo, se evidencia que a manera de sanción a la aseguradora,

⁵⁶ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág 134.

en caso de determinarse la actualización de su incumplimiento por la procedencia del reclamo del beneficiario (cuando la Comisión Nacional de Seguros es quien ordena a aquélla la creación del fondo de reserva), el legislador estableció que los productos de la reserva en mérito quedarían a favor de la parte reclamante. De tal suerte que si el pago de los productos de reserva en favor del reclamante, es una consecuencia del incumplimiento de la aseguradora y habiendo generado tal incumplimiento la obligación de pago de una cantidad de dinero legalmente determinada, esto pone de manifiesto, por un principio de lógica y de congruencia, que la cuantificación de los productos generados por el fondo de reserva en mérito para su aplicación al reclamante, debe hacerse en la medida en la que haya prosperado la acción de éste, pues no sería congruente que la cuantificación de la sanción partiera de una cantidad distinta a aquella en la que se cuantificó el pago al que estaba obligada la aseguradora, por lo que si la reclamación procedió sólo parcialmente, esto es, por una cantidad menor a la demandada, en la misma medida será condenada la aseguradora al pago de los productos generados por el multicitado fondo.

Novena Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito.
Semana Judicial de la Federación y su Gaceta.
Tomo: II, Noviembre de 1995. Tesis: I.8o.C.25 C.
Página: 503.

1.2.5. Contrato de bilateral.

En cuanto a esta nota característica, debe indicarse que el contrato de seguro es bilateral, en ese contexto de que "el contrato es bilateral cuando las partes se obligan recíprocamente" (artículo 1836 del Código Civil para el Distrito Federal), toda vez que en el mismo, se imponen derechos y obligaciones recíprocos a las partes contratantes, que lo son la aseguradora y el tomador del seguro o asegurado.

En efecto, de la definición misma del contrato de seguro contenida en el artículo 1º de la Ley sobre el Contrato de Seguro se advierte la existencia de tales obligaciones recíprocas, que lo distinguen como un contrato bilateral, como son: por una parte, la relativa a cargo de la aseguradora de asumir las consecuencias de un eventual riesgo, resarciendo el daño o pagando una suma de dinero, y por otra, la que recae al asegurado o tomador del seguro consistente en pagar a aquella la prima correspondiente.

Es de mencionarse que sería incorrecto considerar como únicas las obligaciones desprendidas del artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya que del texto de la Ley se establecen mas imposiciones de observancia obligatoria para las partes.

En alusión a esta nota característica de la bilateralidad del contrato de seguro, estimamos conveniente destacar los criterios siguientes, que resultan de aplicación al caso:

CONTRATO DE SEGURO. SU EXISTENCIA NO ESTA 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 Epoca. 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.

CONTRATO DE SEGURO. LA CONSECUENCIA DEL RIESGO ASEGURADO DEBE CUBRIRLO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.- De la exégesis de los preceptos transcritos se obtiene: Que el contrato de seguro nace de una relación contractual entre dos

personas, moral una, la aseguradora, y moral o física la otra, el asegurado; que el citado contrato consensual impone obligaciones y derechos recíprocos a las partes que lo celebran; la aseguradora a resarcir un daño o pagar una suma de dinero, la asegurada a cubrir una cantidad de dinero denominada prima; que la obligación de la aseguradora se actualiza cuando se produce el hecho previsto en el contrato, el cual podrá referirse a alguna de las operaciones que establece el artículo 7o. de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como son: de vida, accidentes y enfermedades y daños en alguna o algunas de las ramas siguientes: a) Responsabilidad civil y Riesgos profesionales; b) Marítimo y transportes; c) Incendio; d) Agrícola; e) Automóviles; f) Crédito; g) Diversos y h) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si en el caso el contrato celebrado se refirió al riesgo de daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa, al darse la eventualidad prevista en el contrato de seguro, el daño al vehículo, y estar cubierta la prima, era obligación de la compañía de seguros pagar el daño contratado. Es necesario distinguir entre el objeto del contrato de seguro y las causas que pueden actualizar el citado objeto; así un contrato de vida tiene por objeto cubrir la muerte del asegurado, las causas de la muerte pueden ser varias; por tanto, al darse la eventualidad y no encontrarse en alguna de las exclusiones que expresamente deben estar consignadas en el

contrato, la aseguradora asume la obligación de cubrir la cantidad contratada; en el caso, el objeto del contrato fue los posibles daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa; ahora, tomando en consideración que el contrato de seguro tiene la característica de circunstancial, las causas que enumera la póliza deben ser estimadas como meramente enunciativas y no limitativas, puesto que las limitaciones se establecen en las exclusiones; todo lo expuesto se obtiene de lo que dispone el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguros ya transcrito, pues en él queda señalado que la empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo; esto es, la aseguradora se obliga a pagar todo lo que pueda ocurrir, sobrevenir o pasar siempre que tenga el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hubieran asegurado. Octava Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo:

XIII - Junio. Página: 544.

1.2.6. Contrato de oneroso.

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

En efecto, el contrato de seguro es oneroso en esa composición de imponer provechos y gravámenes recíprocos, pues como sostiene Garriguez: "Ha de ser un contrato oneroso: a la futura posible prestación del asegurador se contraponen la actual prestación del asegurado, sea bajo la forma de prima, sea bajo la forma de contribución en el seguro mutuo".⁵⁷

1.2.7. Contrato conmutativo en cuanto a las prestaciones a cumplir por las partes y aleatorio en cuanto a la realización del riesgo y su eventual compensación.

El contrato de seguro en cuanto a la determinación de las prestaciones a que se obligan sus partes, reviste la dualidad de ser conmutativo a la vez que aleatorio.

Para corroborar la aseveración anterior, debe señalarse que al analizar el contrato de seguro con relación al contenido del dispositivo del Código Civil para el Distrito Federal que con atingencia precisa los conceptos que aluden a estas notas en los contratos, se arriba a la conclusión antes expresada, toda vez que, por una parte, en esa concertación existe la certeza en cuanto a la determinación, tanto del importe de la prima a cubrir por el asegurado como el límite de responsabilidad de la aseguradora y, de que, por otra parte, el posible resarcimiento o pago de la indemnización a que se compromete ésta depende de la realización de las eventualidades previstas.

El contenido de ese precepto legal de referencia, es el siguiente: ®

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 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".

⁵⁷ Garriguez. Ob.cit. Pág 255.

Los criterios de nuestra Suprema Corte de Justicia de la Nación que a continuación se transcriben, resultan de aplicación con relación a esas notas analizadas:

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.

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

SEGURO, CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.-

Pero el contrato de seguro es, al mismo tiempo, aleatorio, porque al incorporar a sus condiciones un hecho incierto o contingente, que entraña azar, no es posible evaluar las ganancias o las pérdidas que

los contratantes pueden obtener, sino hasta que el acontecimiento previsto se realiza; de manera que es el factor contingencia el que decide cual de los contratantes tendrá un daño o una ventaja; y muchas veces los beneficios y las primas no constituyen siquiera una apariencia de proporcionalidad o de igualdad.

Séptima Época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 71 Cuarta Parte. Página: 39.

En cuanto al carácter conmutativo del contrato de seguro es pertinente apuntar dado el avance que han tenido las compañías aseguradoras en los productos que ofrecen al público, que actualmente hay sumas aseguradas sin límite, por lo que el aspecto conmutativo del contrato puede llegar a perderse si se considera este elemento en forma estricta, esto en virtud de que la suma asegurada es determinable y no determinada, pero para efectos prácticos conviene seguir viendo al seguro como un contrato conmutativo ya que las prestaciones son ciertas desde que se celebra el contrato.

La aleatoriedad del contrato de seguro, sin duda alguna se obtiene de que el nacimiento de sus efectos se gesta en el momento en que tiene verificativo el evento dañoso previsto en el contrato, siniestro, es hasta entonces que el asegurador hace frente a las obligaciones otorgadas en la contratación.

La aleatoriedad que caracteriza al aseguramiento deviene de la incertidumbre que hay en cuanto a la realización del siniestro, ya que este es un evento de naturaleza futura e incierta, luego entonces, de aquí la aleatoriedad del contrato.

Conviene atender lo expresado por Rodríguez y Rodríguez al referirse a éste concepto de aleatoriedad del contrato. "*No es un contrato aleatorio*, la consideración del mismo en masa demuestra la regularidad de la producción del siniestro, por

consiguiente, el álea puede existir, si cada contrato se considera aisladamente; pero desaparece cuando se tiene en cuenta el conjunto de los realizados por una empresa".⁵⁸

Verdaderamente resulta sorprendente la visión que tuvo Rodríguez y Rodríguez, ya que su opinión data de los años 70, cuando las instituciones de seguros no habían alcanzado ni por asomo el desarrollo actuarial y tecnológico que actualmente tienen, haciendo notable su opinión toda vez que actualmente sí puede resultar cierto lo expresado por el insigne tratadista, ya que precisamente esa es la función de cálculo que tienen ahora las instituciones aseguradoras, toda vez que dadas la fórmulas actuariales actualmente utilizadas resulta bastante fácil de determinar las perdidas que se llegarán a sufrir en determinados segmentos.

La opinión de Rodríguez y Rodríguez parece ser acertada viéndose la contratación como producto de empresa, es decir un producto en masa, ya que al tener esta nota característica el contrato de seguro el cálculo de las perdidas se hace más sencillo.

1.2.7.1.- El 11 de septiembre recuerda la aleatoriedad del contrato de seguro.

Como mencione en el número anterior, me parece atinada la apreciación hecha por Rodríguez y Rodríguez, ya que en la actualidad dada la tecnología utilizada en el medio asegurador, así como lo casi perfecto de los cálculos actuariales, se había dejado de poner atención a lo aleatorio del seguro.

Hasta el 11 de septiembre del 2001 las compañías aseguradoras y reaseguradoras recordaron lo difícil que era su negocio, así como la enorme responsabilidad que tienen frente a la sociedad, se habían olvidado ya de lo arriesgado que era el mercado asegurador.

⁵⁸ Rodríguez y Rodríguez. ob. cit pág 166.

El 11 de septiembre del 2001 puso en su lugar de nueva cuenta la aleatoriedad del contrato ya que el suceso ocurrido en la ciudad de Nueva York, se convirtió en una llamada de atención a las compañías de seguros sobre la forma de calcular los riesgos, es decir, el atentado de las torres gemelas nos recordó que el seguro si es aleatorio.

Agustín Gutiérrez Aja, en su excelente ponencia presentada en el último Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas en el mes de Noviembre del 2002, ofreció una interesante recopilación de datos presentados en una serie de tablas que nos muestran las pérdidas de las compañías aseguradoras y reaseguradoras, así como los porcentajes de fallo en el cálculo de los riesgos por la aseguranza de las torres gemelas.

Las tablas que presentaremos a continuación nos darán una rápida referencia a lo ocurrido en el mercado asegurador y reasegurador a nivel internacional.

Pérdidas por Ramo (US\$ billones)

Tipo de Negocio	Baja	Alta
Estimados (Tillinghast)		
RC – patronal	3.0	5.0
Aviación	3.0	6.0
Property – comercial	10.0	12.0
Personas	4.5	6.0
Responsabilidad Civil	5.0	20.0
Interrupción de Negocio	3.5	7.0
Otros	1.0	2.0
Total	30.0	68.0
Estimados (SDC Private Capital)		
Property	6.0	8.0
Contenidos	5.5	8.0
Autos – líneas personales	0.5	0.5
Interrupción de Negocio	5.0	10.0
RC – patronal	3.0	3.0
RC – general	5.0	10.0
RC – aerolíneas	3.5	5.0
Aeropuertos y otras responsabilidades	1.5	1.5
Vida y Accidentes personales	6.0	6.0
Factores desconocidos	3.0	3.0
Total	37.0	57.0

M

2

Pérdidas Estimadas para la Industria Aseguradora - 2006

Fuente	Baja	Promedio	Alta	Observaciones
A M Best	---	30.0	---	"por lo menos"
St Paul	30.0	32.5	35.0	
Fitch	33.0	34.0	35.0	Incluye Vida/Salud
Morgan Stanley	34.5	37.8	41.0	Incluye Vida/Salud
AIG	---	---	40	Incluye Vida/Salud
Munich Re	---	---	40	Incluye Vida/Salud
Tillinghast	30.0	44.0	58	Incluye Vida/Salud
Sedgwick Oakwood	37.0	47.0	57.0	Incluye Vida
Guy Carpenter	31.0	63.5	96.0	Incluye Vida/Salud
Promedio Total		41		

M

3

Pérdidas Estimadas de las 20 aseguradoras y reaseguradoras más afectadas

Compañía	Actual	Inicial
Lloyd's	2700	1900
Berkshire Hathaway	2200	---
Munich Re	2100	912
Allianz	1300	643
Swiss Re	1230	741
Zurich Re	900	400
AIG	800	500
Citigroup	700	---
St Paul	700	---
XL Capital	700	---
Chubb	600	---
ERC	600	---
Axa	550	400
Ace	550	\$550
Hartford	450	---
Generali	415	---
Partner Re	400	---
Hannover Re	364	---
CNA	350	---
Liberty Mutual	300	---

M

5

Pérdidas más significativas cubiertas por Lloyd's

Evento	Año	Cantidad en Millones de US\$	Total Capacidad Bruta	% sobre la capacidad Total	Total Pérdidas de la Industria	% Neto sobre la Pérdida de la Industria
Ataque WTC	2001	\$ 1,864	\$ 14,584	12.9%	\$ 3,664	5.4%
Ataque WTC	2001	\$ 1,864	\$ 14,584	12.9%	\$ 19,796	9.5%
Huracan Hugo	1989	\$ 1,346	\$ 15,391	8.7%	\$ 5,770	23.3%
Huracan Andrés	1992	\$ 1,022	\$ 14,448	7.1%	\$ 19,449	5.3%
Tormenta Dana	1990	\$ 890	\$ 15,565	6.0%	\$ 5,992	15.5%
Piper Alpha	1988	\$ 445	\$ 14,735	3.0%	\$ 2,884	15.4%
Exxon Valdez	1989	\$ 371	\$ 15,391	2.4%	\$ 1,074	34.5%
Promedio		\$ 1,000	\$ 14,986	6.7%	\$ 9,161	17.3%
Promedio ex Ataque WTC		\$ 823	\$ 15,067	5.5%	\$ 7,033	18.6%

Revisión de pérdidas acumuladas

Compañía	Fecha	Estimación Original		Estimación Revisada		% Cambio	
		Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta
Munich Re	9/20	\$920	\$ 920	\$ 1,942	\$ 1,942	111%	111%
Swiss Re	9/20	\$ 730	\$ 730	\$ 1,615	\$ 1,615	121%	121%
Allianz	9/21	\$ 635	\$ 635	\$ 920	\$ 920	45%	45%
Zurich	9/24	\$ 400	\$ 400	\$ 600	\$ 800	50%	50%
ACE Limited	9/24	\$ 500	\$ 500	\$ 688	\$ 688	38%	38%
AXA	9/21	\$ 300	\$ 400	\$ 550	\$ 550	83%	83%
Gerling Global	9/24	\$ 400	\$ 640	\$ 201	\$ 247	32.7%	26.6%
QBE	9/17	\$ 400	\$ 400	\$ 124	\$ 124	31%	31%

Pérdidas Estimadas a la fecha

Compañía	Pérdidas Estimadas		% sobre Total			Compañía	Pérdidas Estimadas		% sobre Total		
	Baja	Alta	Baja	Alta	Acum		Baja	Alta	Baja	Alta	Acum
Berkshire H	\$2,200	\$2,200	11.0%	10.8%	10.8%	Everest Re	\$115	\$115	0.6%	0.6%	88.0%
Munich Re	\$1,942	\$1,942	10.2%	9.5%	20.3%	Overseas Partner	\$114	\$114	0.6%	0.6%	90.1%
Swiss Re	\$1,815	\$1,815	8.5%	7.9%	28.1%	Brit Insurance	\$103	\$103	0.5%	0.5%	90.6%
Allianz	\$920	\$920	4.8%	4.5%	32.8%	Manulife	\$100	\$100	0.5%	0.5%	91.1%
Zurich Financial	\$900	\$900	3.2%	3.9%	35.5%	New York Life	\$100	\$100	0.5%	0.5%	91.6%
AIG	\$500	\$800	2.6%	3.9%	40.5%	Odyssey Re	\$80	\$80	0.4%	0.4%	92.0%
Citigroup	\$769	\$769	4.1%	3.8%	44.2%	Kemper	\$80	\$80	0.4%	0.4%	92.4%
St Paul	\$700	\$700	3.7%	3.4%	47.9%	IPC Holdings	\$75	\$75	0.4%	0.4%	92.8%
XL Capital	\$600	\$700	3.2%	3.4%	51.1%	MetLife	\$75	\$75	0.4%	0.4%	93.1%
Hartford	\$662	\$662	3.0%	3.4%	54.5%	Trenwich	\$50	\$75	0.3%	0.4%	93.5%
ACE Limited	\$688	\$688	3.0%	3.4%	57.8%	Amin PC	\$68	\$68	0.3%	0.3%	93.8%
GE (Employer Re)	\$600	\$600	3.2%	2.9%	60.8%	ABB Ltd	\$40	\$60	0.2%	0.3%	94.1%
Chubb	\$500	\$600	2.6%	2.9%	63.7%	Aon	\$50	\$55	0.3%	0.3%	94.4%
AXA	\$580	\$580	2.9%	2.7%	66.4%	Longan Life Insurance	\$52	\$52	0.3%	0.3%	94.6%
Lloyd's	\$500	\$500	2.6%	2.4%	68.8%	CGNU	\$51	\$51	0.3%	0.3%	94.9%
MetLife	\$386	\$482	2.0%	2.3%	71.1%	Aegon	\$50	\$50	0.3%	0.3%	95.1%
Liberty Mutual	\$308	\$482	1.6%	2.3%	72.3%	Lincoln Natlone	\$50	\$5	0.3%	2%	94.4%
PartnerRe	\$375	\$400	2.0%	2.0%	75.3%	INJ	\$47	\$47	0.2%	0.2%	95.6%
Hannover Re	\$364	\$364	1.9%	1.9%	77.1%	Wellington	\$44	\$44	0.2%	0.2%	95.8%
CNA	\$200	\$350	1.1%	1.7%	78.8%	Cor	\$44	\$44	0.2%	0.2%	96.0%
FM Global	\$250	\$250	1.3%	1.2%	80.0%	RenaissanceRe	\$38	\$38	0.2%	0.2%	96.2%
Gerling Global	\$201	\$247	1.1%	1.2%	81.2%	SAFECO	\$35	\$35	0.2%	0.2%	96.4%
Royal & Sun Alliance	\$220	\$220	1.2%	1.1%	82.3%	PXRE	\$30	\$35	0.2%	0.2%	96.6%
SCOR	\$150	\$200	0.8%	1.0%	83.3%	HCC	\$34	\$34	0.1%	0.1%	96.7%
Prudential	\$115	\$182	0.6%	0.9%	84.2%	AOF	\$28	\$33	0.1%	0.2%	96.9%
Northwestern M	\$182	\$182	1.0%	0.9%	85.1%	American Financial	\$31	\$31	0.2%	0.2%	97.1%
QBE Insurance	\$191	\$191	1.0%	0.9%	86.1%	SVB Holdings	\$29	\$29	0.2%	0.1%	97.2%
White Mountains	\$175	\$175	0.9%	0.9%	86.9%	Tokio Marine	\$25	\$25	0.1%	0.1%	97.3%
Transatlantic	\$154	\$154	0.8%	0.8%	87.7%	WR Berkley	\$10	\$25	0.1%	0.1%	97.4%
En Insurance Group	\$100	\$150	0.5%	0.7%	88.4%	Clarica	\$25	\$25	0.1%	0.1%	97.5%
Fairfax Finco	\$100	\$125	0.5%	0.6%	89.0%	Tras	\$25	\$500	2.5%	2.5%	2.5%
Subtotal	\$16,816	\$18,219	89.0%	89.0%	89.0%	Total	\$19,974	\$20,454	100%	100%	100%

M
8

Impacto de Pérdidas Estimadas cubiertas por Aseguradoras Norteamericanas (3er trim. 2001)

Compañía	Precio	Ingresos	EPS	BY	BVPS	P/B	Ingresos	EPS	BY	BVPS	P/B
ACE	\$28.87	\$156.9	\$0.68	\$5,646	\$24.42	1.2	(\$396.6)	\$1.07	\$5,089	\$22.02	1.3
Aetna	\$28.89	(\$75)	(\$0.52)	\$10,058	\$70.33	0.4	(\$84.7)	(\$0.59)	\$10,048	\$70.2	0.4
AIG	\$78	\$2,003.6	\$0.75	\$52,528	\$19.91	3.9	\$1,468.2	\$0.55	\$52,183	\$19.70	4.0
Allianz	\$44.65	\$66	\$1.24	\$2,508	\$47.50	0.9	\$55	\$1.03	\$2,497	\$47.3	0.9
Aon	\$42	\$127	\$0.47	\$3,565	\$13.26	3.2	\$93	\$0.34	\$3,532	\$13.13	3.2
Berkshire H	\$70.000	\$1,904	\$1250	\$63,819	\$41,815	1.7	\$483.78	\$305	\$62,379	\$40,871	1.7
Chubb	\$71.41	\$177.3	\$1.01	\$5,921	\$41.22	1.7	(\$353)	(\$2.00)	\$5,400	\$38.22	1.5
Citigroup	\$40.50	\$3,643	\$0.72	\$71,976	\$14.4	2.8	\$3,143	\$0.62	\$71,256	\$14.32	2.8
CNA	\$27.04	\$89.8	\$0.49	\$7,593	\$41.43	0.7	(\$140.18)	(\$0.76)	\$7,363	\$40.18	0.7
Everest Re	\$64.70	\$56.9	\$1.2	\$1,764	\$38.05	1.7	(\$20.60)	(\$0.44)	\$1,586	\$36.37	1.8
Hartleyville	\$23.99	\$12.5	\$0.42	\$579.97	\$19.46	1.2	\$10.2	\$0.34	\$556.57	\$18.68	1.3
Hartford	\$58.74	\$276.9	\$1.14	\$9,696	\$36.53	1.6	(\$173.1)	(0.72)	\$9,246	\$34.66	1.7
G Electric	\$37.20	\$3,635	\$0.36	\$52,249	\$5.22	7.1	\$3,235	\$0.32	\$51,849	\$6.22	7.1
IPC Hlds	\$12.99	\$3	\$0.05	\$1,086.2	\$18.08	0.7	(\$59.2)	\$2.25	\$539	\$20.37	1.1
Lincoln National	\$46.63	\$174.4	\$0.91	\$5,122	\$27.35	1.7	\$141.9	\$0.74	\$5,089.4	\$27.18	1.7
Manulife	\$23.21	\$203.3	\$0.42	\$4,870	\$10.10	2.6	(\$41)	(\$0.08)	\$4,828.6	\$10.01	2.6
Max Re	\$14.30	\$1.5	\$0.03	\$597.4	\$14.53	1.0	(\$3.5)	(\$0.07)	\$592.4	\$14.43	1.0
Odyssey Re	\$13.79	\$13.9	\$0.27	\$862.8	\$13.17	1.0	(\$41.1)	(\$0.80)	\$807.85	\$12.10	1.1
PXRE	\$11.75	\$18.1	\$1.52	\$266.4	\$22.38	0.5	(\$16.9)	(\$1.41)	\$231.4	\$19.45	0.6
Renaissance Re	\$88.91	\$38.8	\$1.84	\$802.5	\$40.45	2.2	\$1.0	\$0.05	\$766.4	\$38.58	2.3
SAFECO	\$30.33	\$32.1	\$0.25	\$3,579	\$28.01	1.1	\$9.3	\$0.07	\$3,556	\$27.83	1.1
StanCorp	\$48.40	\$32	\$1.01	\$6,116	\$30.38	1.6	\$28.1	\$0.89	\$6,112	\$30.26	1.6
St Paul	\$41.22	\$30.0	\$0.13	\$6,781	\$32.08	1.3	(\$424.97)	(\$1.91)	\$6,331.5	\$29.93	1.4
Transatlantic Hlds	\$84.46	\$35.4	\$1.01	\$1,992	\$55.25	1.5	(\$64.6)	(\$1.84)	\$1,892.2	\$52.48	1.5
WR Berkley	\$48	\$19.6	\$0.65	\$843	\$29.06	1.7	\$3.3	\$0.11	\$827.5	\$28.52	1.7
XL	\$79	\$160.2	\$1.25	\$5,701	\$45.59	1.7	(\$539.8)	(\$4.23)	\$5,000.7	\$40.11	2.0
Zenith	\$24.60	\$3.7	\$0.21	\$309.2	\$17.67	1.4	(\$6.1)	(\$0.35)	\$299.4	\$17.11	1.4

M
9

Conviene destacar que en las tablas que hemos presentado, se deja muy en claro los porcentajes tan alejados que tuvieron las instituciones de seguro y reaseguro al calcular las pérdidas y obviamente los riesgos que traía consigo el aseguramiento de las torres gemelas.

El Instituto de Información de Seguros estima que el total de las pérdidas aseguradas del 11 de septiembre a la fecha es alrededor de los USD \$ 40.2 billones, siendo el desglosado como sigue:

- USD \$ 11 billones (27%) en reclamaciones por interrupción de negocios.
- USD \$ 10 billones (25%) en reclamaciones de responsabilidad civil.
- USD \$ 6 billones (15%) en reclamaciones por daños a la propiedad incluyendo vehículos (sin las torres I y II)
- USD \$ 3.5 billones (9%) en property para los torres I y II.
- USD \$ 3.5 billones (9%) para R.C. aviación.
- USD \$ 2.7 billones (7%) en reclamaciones por seguros de vida.
- USD \$ 2.0 billones (5%) por reclamación de compensación a trabajadores.

- USD \$ 1 billón (2%) por cancelación de eventos.
- USD \$ 500 millones (1%) en reclamaciones por la pérdida de los cascos de los cuatro aviones comerciales. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1.2.8. Contrato de adhesión.

En virtud de que los términos del contrato de seguro deben constar en una póliza, cuya estructura se encuentra sujeta a una elaboración acorde a los lineamientos aprobados por el organismo gubernamental al que se encomienda el control, supervisión y vigilancia de las actividades de las aseguradoras en nuestro País, que es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se le considera con certeza en esta categoría de contratos, es decir, de adhesión.

En igual manera la calidad de adhesión del contrato de seguro la podemos encontrar en la uniformidad que reviste a las condiciones generales del contrato de seguro, así como a la uniformidad en las coberturas otorgadas en las pólizas, que son todas iguales para un determinado conglomerado.

La adhesión la observamos de igual manera toda vez que la comercialización de los seguros es en masa, es decir, su mercantilidad no puede ser considerada de forma individualizada, sino se echaría por tierra este aspecto de la contratación.

Para tener una mayor claridad de conceptos, consideramos de conveniencia recurrir a las opiniones de la doctrina, entre las cuales destacamos en primer término la del tratadista Sánchez Medal, que sobre el particular sostiene: "El contrato de adhesión, opuesto al negociado o paritario, y en el que no hay tratos preliminares o discusiones previas de las partes, sino que una de ellas elabora unilateralmente las condiciones del contrato y a lo otra sólo se le deja la posibilidad de aceptarlas, si quiere celebrar el contrato, o de no celebrar éste... en estos casos interviene con frecuencia el Estado para vigilar que las cláusulas no extorsionen a los usuarios,... no puede negarse que en todos estos actos jurídicos haya contrato o acuerdo de voluntades, al menos para aceptar por una de las partes las condiciones elaboradas o propuestas por la otra,... No hay que confundir, como equivocadamente lo hace la Ley Federal de Protección al Consumidor (artículos 85 y 87), los contratos de adhesión con los contratos de machote, ni con las "condiciones generales del contrato" así llamadas en la doctrina, y que son aquellas cláusulas que a manera de reglamento contractual de aplicación general ha preparado una de las partes para la integración de un determinado tipo de contratos que ella celebra, y que se redactan en forma abstracta y no para celebrar un contrato concreto, que es lo que sucede, por ejemplo, con las pólizas de seguros".⁵⁹

La significación de esta peculiaridad del contrato de seguro, se pone de realce en la referencia siguiente de Palomar de Miguel: "Aquel que se caracteriza por el hecho de que una de las partes es la que fija las cláusulas o condiciones del mismo, iguales para todos,

⁵⁹ Sánchez Medal, Ramón. "De los Contratos Civiles" México Editorial Porrúa 1994 Págs 31 y 32

sin otra alternativa para quienes deseen participar en él que aceptarlo o rechazarlo en forma total”.⁶⁰

La nota que se analiza aplicada al contrato de seguro, es materia de opinión del tratadista Ruiz Rueda, que estimamos de conveniencia destacar: “Los contratos cuyo clausulado general es predispuesto, es decir, redactado previamente por uno de los contratantes, para regular uniformemente determinadas relaciones convencionales; son los doctrinalmente llamados contratos de adhesión... Las empresas aseguradoras están destinadas a la producción en serie de contratos necesariamente uniformes para cada tipo de seguro, ya que sólo así puede reunirse un gran número de riesgos de la misma especie, que llenen los requisitos de homogeneidad y de igualdad de circunstancias que exige el procedimiento económico de la mutualidad, base técnica de toda operación de seguro... Para lograr esa uniformidad la propia sociedad aseguradora predispone ese clausulado que tradicional y universalmente se conoce bajo el nombre de condiciones generales de la póliza; procedimiento que no sólo está reconocido, sino hasta reglamentado en nuestra legislación tanto administrativa de control de las aseguradoras, cuanto de derecho privado relativa al contrato de seguro”.⁶¹

Al requerir los contratos de adhesión del control, supervisión y vigilancia, que culmina en su caso con su aprobación, por parte de los organismos gubernamentales que regulan las diversas actividades comerciales, por tratarse de una necesaria tutela y protección del interés público general, el de seguro no escapa de esas condiciones, como puede advertirse de la lectura del dispositivo siguiente:

Ley de General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

41.- “Los contratos que para la realización de su actividad celebren los agentes con las instituciones de seguros, se ajustarán a los modelos previamente aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas...”.

⁶⁰ Palomar de Miguel. Ob.cit. Pág. 318.

⁶¹ Ruiz Rueda. Ob.cit. Pág. 76.

Con relación a lo antes apuntado, cabe señalar que los criterios de nuestro Máximo Tribunal que a continuación se transcriben, resultan de aplicación:

ADHESION. NO AFECTA LA VALIDEZ DEL CONTRATO RELATIVO LA ELABORACION UNILATERAL DE SU CLAUSULADO POR UNA DE LAS PARTES.-

El contrato llamado de adhesión supone que de acuerdo con la doctrina que una de las partes fija las condiciones a que debe sujetarse la otra en caso de aceptarlo, por ello dicha circunstancia no afecta su validez, ya que no implica la ausencia de la alternativa para aceptarlo o rechazarlo en forma total o parcial por parte de quien no interviene en su elaboración, por lo que no puede decirse que la voluntad expresada por éste se encuentre viciada.

Octava Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: X - Agosto. Tesis: 3a. LVI/92. Página: 145.

SEGUROS DE VIAJEROS.- No existe razón legal para estimar que el artículo 21 del Reglamento del

134 de la Ley de Vías Generales de Comunicación, al ordenar que la indemnización por la pérdida de la vida del asegurado, se pagará, en todo caso, a sus herederos o representantes legales, quiso referirse sólo a los herederos legítimos y no a los testimonios, pues se trata no simplemente de una indemnización para cubrir los daños causados sino de un verdadero contrato de seguros en que es parte el viajero, por lo cual, si según se desprende de los artículos 24, 25,

23 y 29 citado Reglamento, el viajero es quien pagó la prima y quien hizo el contrato de seguro, mediante el acto de adhesión que significa la compra de su boleto, es evidente que desde ese momento adquiere el derecho a la indemnización en caso de accidente y puede por ello designar libremente a la persona que deba resultar favorecida con su importe.

Quinta Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: LXIII. Página: 1732.

TRANSPORTE, CONTRATO DE. NATURALEZA.- No existe lugar a dudas, de que por virtud de la especulación comercial que con el transporte de personas persigue una empresa transportista aérea, los contratos que celebra en esa materia son de naturaleza mercantil, además de ser considerados como contratos de adhesión, porque en su elaboración no intervienen todas las partes contratantes, sino que, como su nombre lo indica, una de ellas se adhiere a los términos contractuales fijados por la otra.

Octava Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: III Segunda Parte-2. Página: 846.

Comparto sin lugar a dudas la opinión doctrinaria de considerar al contrato de seguro como contrato de adhesión, ya que definitivamente esta nota distintiva es requerida para poder comprender al seguro como se hace hoy en día, así como en la forma en que se exige por la legislación, ya que de no hacerse así no sería factible que el seguro hubiese alcanzado las proporciones que hoy actualmente tiene.

Conviene realizar la siguiente crítica encaminada hacia la actualización de la legislación, toda vez que la misma al referir la forma en que ha de ser celebrado el contrato de seguro hace que la nota de la adhesión se ponga en tela de duda.

El artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece:

“ El contrato de seguro se perfecciona:

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

La legislación establece que el proponente será el potencial asegurado, quien acudirá a la institución de seguros a realizar su oferta de aseguramiento, misma que podrá ser o no aceptada.

La forma en que se encuentra prevista la contratación del seguro por nuestra legislación hace desaparecer que el seguro sea un contrato de adhesión, ya que el asegurado es quien acude a proponer, no la compañía aseguradora, siendo ésta la aceptante de la oferta, luego entonces resulta difícil hablar de que la contratación se lleva a cabo mediante contrataciones ya prefabricadas, toda vez que de tal suerte se perdería la contratación en la forma establecida por los términos legales.

Al estar prevista la legislación conforme al artículo 21 fracción I resulta definitivamente necesario su actualización a modo de que este previsto por la Ley Sobre el Contrato de Seguro la contratación en la forma y términos que ahora se ejecuta.

1.2.9. Contrato consensual en oposición a formal.

En cuanto a su forma, el seguro se considera por la propia regulación legal como un contrato consensual, ya que para su validez no es necesario que la integración del

consentimiento de sus partes deba atender a una determinada y específica formalidad; el precepto de referencia, a la letra establece:

Ley sobre el Contrato de seguro:

21.- "El contrato de seguro:

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

Acerca de esta nota característica en particular del contrato de seguro, encontramos la referencia de Ruiz Rueda, quien considera: "Por regla general, para constituir el contrato, es suficiente el consentimiento de las partes; en tal caso el contrato se llama consensual... El carácter de adhesión que requiere la propuesta que contenga las condiciones generales de póliza y la póliza misma cuyo contenido se reglamenta por la propia ley plantea el problema de si este contrato es o no formal, ya que deberá constar por escrito... La Ley General de Sociedades de Seguros de 26 de mayo de 1926, aunque ordenamiento administrativo de control de las aseguradoras, que no debería contener disposiciones atinentes al contrato, establecía en su artículo 110 que el mismo se perfeccionaba con la entrega de la póliza y el pago de la prima. Era por tanto formal y real... La situación se modificó radicalmente cuando en 1935 se promulgó y publicó la Ley sobre el Contrato de Seguro que sólo exigió la forma escrita como medio de prueba y no como requisito para la validez o la existencia del contrato. La forma escrita era solamente ad probationem".⁶²

En ese mismo sentido resulta la opinión del autor Díaz Bravo: "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", 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".⁶³

⁶² Ruiz Rueda. Ob.cit. Pág. 79.

⁶³ Díaz Bravo Arturo. "Seguro". Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México. México. Editorial Porrúa. Pág. 2887.

El antes citado jurista abunda: "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 ha pagado la prima, lo que es inexacto, pues, como se verá posteriormente, tal obligación se perfecciona, conforme a la ley mexicana, por el mero consentimiento verbal".⁶⁴

El aspecto de la consensualidad ha implicado un notable apoyo para el desarrollo de la contratación, toda vez que ha impulsado su mercantilidad dada la facilidad en la contratación, ya que no está atada a formalismos expresos de la ley.

En corroboración a lo expresado en los párrafos que preceden, nos permitimos transcribir los dispositivos del ordenamiento en cita, siguientes:

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...".

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:....".

La Suprema Corte de Justicia y Tribunales Colegiados de Circuito de la Nación, han sostenido criterios acordes a esos razonamientos en diversas resoluciones, de entre los que nos permitimos destacar los siguientes:

SEGUROS, CONTRATO DE. SUS EFECTOS

JURIDICOS.- 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 y demás

⁶⁴ Díaz Bravo.ob.cit. Pág 132.

términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no entrega de la póliza correspondiente al asegurado ni que éste haya cubierto a aquélla el importe de la prima; sin embargo, si el asegurado no cubre a la aseguradora la prima convenida, que de acuerdo a lo dispuesto en el diverso artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro vence en el momento de la celebración del contrato, los efectos del mismo se prolongan únicamente hasta las doce horas del día treinta natural siguiente a la fecha de su vencimiento, conforme a lo previsto en el artículo 40 del propio ordenamiento legal.

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

1.2.10 Contrato de tracto sucesivo.

En cuanto al criterio de clasificación de los contratos que atiende al momento en que debe tener lugar el cumplimiento de las obligaciones pactadas en los mismos, considerando como instantáneos a aquellos en los cuales las prestaciones se realizan en un solo acto y de tracto sucesivo a los que sus prestaciones se cumplen durante un cierto período de tiempo a través de exhibiciones, generalmente regulares y sucesivas, cabe indicar que el de seguro es un contrato de la segunda categoría.

Con relación a esta nota característica del contrato de seguro en mención, encontramos la referencia del tratadista español Garriguez, quien expresa: "Ha de ser un contrato cuyo contenido no se agota en un momento por el cambio de las prestaciones (v.gr.: la compraventa): el seguro es un contrato de ejecución continuada, de tracto sucesivo continuo. Así como el contrato de sociedad engendra la "situación de sociedad" (el "estar en sociedad"), así el seguro engendra la relación de seguro (el "estar asegurado"), como vínculo continuo de las partes de un período más o menos largo (puede ser de minutos –v.gr.:el corredor se asegura para la próxima carrera automovilística-, o de años –v.gr.: el propietario asegura contra incendios su casa por un plazo de cinco años-)... La relación duradera que implica todo contrato de seguro exige una conducta por ambas partes adecuada a los fines del seguro. De aquí de un cuadro especial de obligaciones del tomador del seguro y que la ley y el contrato imponen en vista del interés del asegurador tiene en la conducta cuidadosa del asegurado durante la vigencia del seguro".⁶⁵

De esta nota distintiva del seguro nace una de las principales obligaciones de la institución aseguradora, que es el mantener las coberturas durante el tiempo de vigencia de la contratación.

⁶⁵ Garriguez Ob cit Pág 256

Obligación la anterior que es perdida de vista ya que siempre se establece que la obligación principal de la compañía aseguradora es el pago de la indemnización estipulada en el contrato, debiéndole sumar a ésta la de contar siempre con las coberturas durante la vigencia del contrato, ya que esto es lo que genera el sentimiento de estar asegurado.

1.2.11. Contrato principal.

En cuanto a la clasificación de los contratos en principales y accesorios según el papel que los mismos desempeñan, en el sentido de tener una existencia propia e independiente de la de otros contratos, o bien, correr la suerte del cual hacen depender y justificar la causa por la cual existen, puede afirmarse que el de seguro es un contrato que pertenece a la primer categoría, es decir, es un contrato principal; toda vez que la prestación fundamental asumida por la aseguradora constituyente de la garantía de que se trata, 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 de asegurado o tomador del seguro, consistente en cubrir la prima correspondiente, no dependen de ninguna otra obligación.

Con el objeto de corroborar lo anteriormente expresado, nos permitimos destacar la opinión del jurista Rojina Villegas, que al respecto sostiene: "Los principales son aquellos contratos que existen por sí mismos, en tanto que los accesorios son los que dependen de un contrato principal. Los accesorios siguen la suerte de los principales por que la nulidad o la inexistencia de los primeros origina a su vez, la nulidad o la inexistencia del contrato accesorio... Estos contratos accesorios también llamados "de garantía", porque generalmente se constituyen para garantizar el cumplimiento de una obligación que se reputa principal, y esta forma de garantía puede ser personal, como la fianza, en que una pesan se obliga a pagar por el deudor, si éste no lo hace; o real, como la hipoteca, la prenda o la anticresis, en que se constituye un derecho real sobre un bien enajenable, para garantizar el cumplimiento de una obligación y su preferencia en el pago, de tal

manera que si el deudor no cumple, el acreedor puede rematar el bien dado en garantía y pagarse preferentemente con su producto".⁶⁶

En efecto, no obstante que el contrato de seguro es un contrato de garantía personal conforme a los términos expresados con antelación, difiere del contrato de garantía personal de fianza, que en este sentido en estricto rigor es accesorio, en virtud que las obligaciones asumidas por la aseguradora garantora no dependen de la realización del incumplimiento de una obligación principal, ni de que ésta sea nula o inexistente corriendo su misma suerte, sino de la circunstancia totalmente aleatoria de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato; 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.

1.2.12. Contrato de *uberrimae bonae fidei*, *fidejussio* o de buena fe.

Esta nota distintiva del seguro —y la más significativa e importante—, es la relativa a la buena fe que debe existir en la concertación entre aseguradora y asegurado o tomador del seguro; nota que distingue al contrato como una operación de *uberrimae fidei* o de *fidejussio*, es decir, de abundante buena fe o de garantía de fe, toda vez que su sustentación descansa en la confianza que debe existir respecto de la certeza de las declaraciones a cargo de sus partes.

La justificación de la nota distintiva de mérito, es destacada por el tratadista Garriguez en los siguientes términos: "La exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos. En tal sentido se dice que el contrato de seguro es *uberrimae fidei contractus*. Esta nota peculiar se manifiesta no tan sólo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro".⁶⁷

⁶⁶ Rojina Villegas, Rafael. "Derecho Civil Mexicano", Tomo V, Volumen I México Editorial Porrúa. 1985. Pág. 16.

⁶⁷ Garriguez. Ob.cit. Pág. 257.

En un sentido análogo al anterior, encontramos la opinión del autor Vázquez del Mercado: "Un especial carácter del contrato de seguro es la buena fe, que domina todo el derecho de las obligaciones, pero que en este contrato significa atribuir a sus cláusulas algo más allá que lo escrito, esto es, la buena fe, que implica lealtad de los sujetos contratantes, lo que les da la confianza de establecer la relación jurídica".⁶⁸

En ese contexto, cabe señalar que el principio regulador de los contratos en comento, aparece en el Código Civil para el Distrito Federal en su apartado relativo a la normatividad general de estos actos jurídicos, como se desprende de la lectura del dispositivo que a continuación se transcribe, mismo que como presupuesto fundamental de carácter subjetivo a cargo de sus partes, tratándose del contrato de seguro, adquiere una especial significación, como habrá de advertirse más adelante:

Código Civil para el Distrito Federal:

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".

Ahora bien, la importancia que desempeña esta condición de carácter subjetivo en el contrato de seguro, se pone de relieve a través de la referencia del autor Halperin: "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 completo posible, para que el asegurador pueda apreciar y clasificar el riesgo... esta información no es una declaración

⁶⁸ Vázquez del Mercado, Oscar. "Contratos Mercantiles". México Editorial Porrúa. 1989. Pág. 259.

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”.⁶⁹

En forma expresa, la legislación de la materia hace alusión a esta nota característica del contrato de seguro, como puede inferirse de la lectura de su dispositivo siguiente:

Ley sobre el Contrato de Seguro:

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

1.2.12.1.- Las etapas de la buena fe en la vigencia del contrato de seguro.

La buena fe no debe ser sólo observada por el asegurado al momento de declarar, sino que existen momentos de importancia donde resaltarse la buena fe durante todas las etapas de la contratación, ya que tenemos que debe existir esta, antes, durante y después de la contratación del seguro.

Antes de la contratación del seguro, la hemos podido encontrar en las declaraciones que ha de rendir el asegurado, es decir, cuando se pone al alcance de la institución de seguros todos los acontecimientos que le den oportunidad de conocer a plenitud los riesgos que ha de estar corriendo durante al aseguramiento, este momento es precisamente al darse la propuesta de aseguramiento.

⁶⁹ Halperin. Ob.cit. Pág. 33.

Son de mencionarse los artículos 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, los cuales hacen extensiva la obligación de realizar declaraciones de buena fe a la compañía aseguradora cuando el seguro sea contratado por un representante del asegurado o, se celebre el seguro por cuenta de otro.

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”.

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”

Sobre la propuesta de aseguramiento recibida por la institución, corresponde a ella dar el siguiente paso en la mecánica de la contratación, el cual podemos referir como alguno de los siguientes⁷⁰:

- Rechazar la propuesta efectuada por el potencial asegurado;
- Aceptar la propuesta en los términos y con las condiciones ofertadas por el proponente;
- Aceptar la propuesta recibida, pero solo en alguno de sus aspectos, modificando o alterando otros, en condiciones a como fue emitida la propuesta.

Existe un derecho especial a favor del asegurado derivado de la aceptación de la propuesta, considerado en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual deja muy claro el sentido de la buena fe en forma previa a la contratación, mismo que señala:

⁷⁰ Ponencia realizada por el Lic. Pablo Medina Magallanes en el Primer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.

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

Consideramos que el derecho consignado en el artículo 25 de la Ley es una muestra de buena fe previa a la contratación, toda vez que el uso de tal derecho puede implicar una retroacción a la etapa de proposición en los efectos del contrato.

Este derecho tiene una relevancia notable en la vida de la contratación, ya que la ejecución de este derecho depende en mucho de su feliz término, la práctica en el litigio de seguros nos ha enseñado que algunas veces el asegurado creía estar contratando ciertas coberturas que requería y en realidad estuvo pagando por otras que no necesitaba.

Suele suceder también esta problemática en las sumas aseguradas que se otorgan para las coberturas, lo cual al acontecer un siniestro implica una ríspida situación entre asegurado y aseguradora que llevan a desencadenar un problema legal de difícil tratamiento, toda vez que el asegurado no se ve restituído en la medida que estimaba.

El derecho contenido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en mi opinión, debe exigirse al agente de seguros hacerlo del conocimiento del asegurado así como resaltarlo más en las pólizas, en caso de que no venga inserto, ya que algunas compañías tienen la sana práctica si poner este artículo.

Conviene apuntar el criterio sostenido por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito al respecto del artículo 25 del ordenamiento en cita, el cual señala:

SEGURO, POLIZAS DE. RECTIFICACION.-

Expedidas las pólizas de seguros, si no concuerdan en la realidad con la relación de las características de

los bienes que es voluntad del particular asegurar; al contar con ellas o al recibirlas, puede pedir su rectificación, en término de treinta días, contados a partir del día siguiente al de su recibo, como lo establece el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Séptima Epoca. Semanario Judicial de la Federación. Tribunales Colegiados de Circuito. Volumen 50, Sexta Parte, pág 59. Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito. Amparo en Revisión 26/72. Severino Elechiguerra, 19 de agosto de 1973. Unanimidad de votos. Ponente: Mgdo. Angel Suárez Torres.

La buena fe durante de la vigencia del contrato de seguro la encontramos en los dos supuestos que establece el artículo 45 de la Ley, que se refieren a la desaparición del riesgo y a la realización del siniestro.

El primero de los supuestos señalados en el párrafo anterior —desaparición del riesgo— debe ser entendido desde la perspectiva de que éste se origina después de la celebración del contrato; y el segundo —la realización del siniestro— desde la óptica de que aconteció con anterioridad a la contratación.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

SEGUROS. EL ARTICULO 45 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO COMPRENDE, EN CUANTO A LA NULIDAD QUE CONSIGNA, TANTO AL SEGURO DE COSAS COMO AL DE VIDA.

Independientemente de que conforme al bien conocido principio de interpretación de leyes, de donde éstas no distinguen no se debe distinguir, y que es precisamente el caso del artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya que los términos genéricos en que está redactado no conducen a establecer distinción alguna, lo cierto es que atendiendo a la teoría general del acto jurídico, y que por cierto recoge al respecto el artículo 1794 del Código Civil Federal, aplicable supletoriamente a la legislación mercantil, según el artículo 2º del Código de Comercio, son elementos esenciales del contrato, que, como se sabe, no es sino una especie del acto jurídico: el consentimiento y el objeto. Es objeto esencial del contrato específico de seguro ello es notorio y por consecuencia no cabe discusión ni duda sobre el particular, dada la calidad de aleatorio de dicho contrato que el seguro recaiga sobre un riesgo incierto, pues de otro modo no se concebiría su existencia, como tampoco se concebiría, por ejemplo la de un contrato de compraventa cuyo objeto no fuera transmitir el dominio por la sencilla razón de que en tales supuestos se estaría en presencia de hechos jurídicamente imposibles, ya que entonces el

contrato de seguro, del mismo modo que el caso del ejemplo puesto con relación al de compraventa, sería, de conformidad con el artículo 1828 del citado Código supletorio, contrario a una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización. Así las cosas, claramente se explica que el mencionado artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establezca que éste será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, pues es también evidente que, por las razones antes dadas, si tales riesgos o posibilidad del siniestro no existen, no hay ni puede haber contrato de seguro. Por eso es también que el propio precepto admite la posibilidad de que se pueda celebrar el contrato aunque el riesgo hubiere desaparecido y el siniestro se hubiere realizado, si los mismos fueron ignorados por las partes contratantes, para cuyos eventos el citado precepto establece que los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de aquéllas, pero cuidando de agregar que en los casos de retroactividad a que el mismo se refiere, la empresa aseguradora que conozca la desaparición del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, y si es la otra parte quien conoce la circunstancia contraria, o sea que el siniestro ya se realizó, perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligada al pago de los gastos, supuestos que evidentemente se realizarían, por ejemplo, en el caso del barco que habiendo salido de un puerto llevar a bordo efectos

de comercio a otro puerto y que durante su travesía el dueño de la mercancía quisiera asegurarla tomando un seguro con efectos retroactivos desde el día de la salida del barco del puerto de partida, hasta el día en que llegue a su destino, y caso en el cual son bien claras las dos hipótesis previstas en el artículo 45, o sean: primera, que cuando el dueño de la mercancía tomó el seguro, ya sabía que el barco se había hundido o que la mercancía había sufrido cierta avería, en caso en el cual el contrato sería nulo por el siniestro ya se había realizado; y segunda, que la empresa aseguradora, al celebrar el contrato, hubiera sabido que el barco había llegado felizmente al lugar de su destino, simulando, sin embargo, el desconocimiento de tal hecho, y caso en el que el contrato también sería nulo, porque en el momento de su celebración el riesgo ya había desaparecido. Pero estas hipótesis que indudablemente son bien claras en cuanto al seguro de cosas, también

indudablemente son bien claras en cuanto al seguro de cosas, también indudablemente que no lo son,

pues jamás podrían presentarse en ellos, en tratándose de seguros sobre la vida de las personas.

En efecto, ya se dijo que es elemento esencial del contrato de seguro que el riesgo sea incierto, pues también ya se dijo que siendo el contrato de seguro de naturaleza aleatoria, jamás puede concebirse sino en función de la incertidumbre de tal riesgo. Es así que cuando se toma un seguro antedatado y por ello con efectos retroactivos, indiscutiblemente que la incertidumbre del riesgo durante el tiempo ya corrió

entre la fecha de la celebración del contrato y aquella que sirve de base para antedatar el contrato, no puede en manera alguna decirse que haya existido esa incertidumbre, sino antes bien, existe la certeza plena de que durante ese lapso el asegurado ya vivió y por tanto la aseguradora ningún riesgo pudo correr al respecto. Y si ello es así, es también claro que faltando dicho elemento esencial, el contrato es, para hablar dentro del logicismo de la teoría tripartita de la invalidez, un acto inexistente, puesto que le falta un elemento de existencia o de esencia, pero que para el caso es absolutamente igual que la Ley sobre el Contrato de Seguro lo considere expresamente como de nulidad en su multicitado artículo 45, ya que esta Suprema Corte ha sostenido que nuestra legislación Civil, supletoria, como ya se dijo, de la de comercio, no tiene, en cuanto a la base que pretende dar para establecer la distinción entre la inexistencia y la nulidad, sino meros efectos teóricos, ya que el tratamiento que en dicho ordenamiento reciben las inexistencias, es el de las nulidades. Pero no solo por lo acabado de considerar, sino además, y fundamentalmente por que las definiciones legales de los actos jurídicos no están a la disposición arbitraria de las partes, sino que pertenecen al orden público de la Nación, dado por que como lo ha reconocido este Alto Tribunal, el hombre no hace el contrato, sino que la esencia de éste está más allá de la autonomía individual y depende de la naturaleza de las cosas; por todo ello hay que concluir que si dentro del más rigorista logicismo de la teoría tripartita

francesa de la invalidez, la falta de un elemento esencial del acto produce la inexistencia del mismo, dentro del sistema tradicional mexicano esa misma falta produce su nulidad absoluta ya que entraña la violación manifiesta de una norma de orden público, como es la que determina o define la esencia de los contratos y de los actos jurídicos en general, y que en el caso del contrato de seguro, sea de personas o de cosas, no puede ser otra sino la relativa a que para tal contrato exista, dada su naturaleza aleatoria, forzosamente debe existir el riesgo.

Sexta Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo XI, Cuarta Parte, Pág. 170.

Se puede considerar comprendido dentro del periodo de vigencia del contrato de seguro el concepto de buena fe, al momento de acontecer el siniestro, tomando éste lapso previo a los tramites o posturas de las partes frente al mismo.

En relación a éste aspecto —del asegurado frente al momento exacto de ocurrir el siniestro— tenemos que su obligación primordial es la de informar a la compañía aseguradora de forma inmediata la realización del evento dañoso, obligación impuesta a través del artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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”

CONTRATO DE SEGURO. AVISO DE ACCIDENTE.

Si no se da el aviso por escrito tan pronto como se enteren de lo acontecido, ello puede dar lugar a que la aseguradora reduzca la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente; es decir, mediante la obligación del aviso por escrito, las partes pretendieron que, de manera fehaciente, pudiera enterarse la compañía de seguros del siniestro, mas no de que sea la única forma de avisar del siniestro pues lo fundamental era dar oportunamente el aviso. Pretender poner como elemento primordial la forma, es desvirtuar el objeto del contrato y la intención de las partes.

Séptima Epoca. Semanario Judicial de la Federación. Segunda Sala. Informe 1969, pág 126. Amparo en Revisión 3354/68. La Libertad, Cía General de Seguros, S.A. junio 16 de 1969. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Mtro. Carlos del Rio Rodriguez, Srio. Lic. Gustavo del Castillo Negrete.

Ahora bien, la siguiente etapa de la buena fe que debe ser observada por las partes durante la vida del seguro, se da cuando se ha generado el siniestro, es decir, las partes frente a la realización del siniestro, visto en el momento posterior a su acaecimiento.

En este contexto tenemos que el asegurado tiene a su cargo diversas obligaciones, siendo de la primera la de suministrar la información adicional que requiera la empresa de seguros, recordemos que al generarse el siniestro se debe dar inmediato aviso a la institución, información que definitivamente puede ser recabada tanto por la misma empresa como por los ajustadores de seguro que se hayan designado para atender el caso concreto.

El asegurado tiene también la obligación de evitar que se sigan dañando las cosas, es decir, conservarlas, esta se encuentra en el artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual establece:

113.- "Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique.

Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si esta da instrucciones anticipará dichos gastos"

Una obligación más a observar por parte del asegurado será el de no variar el estado de las cosas siniestradas, reza el artículo 114 del ordenamiento legal citado anteriormente:

114.- "Sin el consentimiento de la empresa, el asegurado estará impedido de variar el estado de las cosas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño, pero la empresa aseguradora deberá cooperar para que puedan restituirse a su lugar en el mas breve lapso"

Ambas obligaciones a cargo del asegurado van encaminadas a la conservación del llamado derecho de salvamento que tiene la empresa aseguradora, el cual se esta consignado en el artículo 116, el cual señala:

116.- "La empresa podrá adquirir los efectos salvados, siempre que abone al asegurado su valor real según estimación pericial. Podrá también reponer o reparar a satisfacción del asegurado la cosa asegurada, liberándose así de la indemnización."

Decimos que las dos obligaciones fundamentales del asegurado frente al siniestro responden como actos conservatorios del derecho de salvamento ya que ambas tienden a

evitar un deterioro en las cosas que han resultado dañadas, las cuales pasarán a ser propiedad de la institución de seguros al momento de verificarse el pago.

Este artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro es motivo de frecuentes litigios entre las instituciones y sus asegurados, principalmente en lo que se refiere al seguro de automóviles, discusiones que llegan al planteamiento de juicios, esto a fin de conseguir el pago de la pérdida total de un vehículo.

El caso práctico que generalmente nos topamos en el foro, se da cuando el asegurado participa en un accidente automovilístico, del cual es el culpable, ocasionando daños considerables al mueble asegurado que oscilan alrededor del 50 hasta el 75% del valor de su automóvil, mismo que al tener un seguro requiere que sean cubiertos, exigiendo a la compañía aseguradora la declaración sobre pérdida total del bien, lo cual se traduce en que se recibirá una indemnización acorde al valor comercial del bien dañado y se podrá conseguir otro.

Ante la postura del asegurado se contraponen la de la institución, que se niega a considerar la pérdida total toda vez que los valores de reposición del bien no exceden de los porcentajes establecidos en las condiciones generales del contrato de seguro, lo cual es obvio que suceda ya que las instituciones cuentan con ventajosos convenios con talleres que dan muy por debajo del precio normal los costos de reparación, de ahí que la institución se niegue a realizar un desembolso mayor al que estima debe ser o que le cuesta a su patrimonio.

El asegurado cree tener bajo su potestad la consideración exigir la reparación del bien o su pérdida total, lo cual no es de tal manera, ya que esta potestad está reservada para la empresa de seguros, quien será la que decida sobre el destino de la reclamación.

SEGUROS. REPOSICION O REPARACION DE LA COSA ASEGURADA.- El artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que la empresa

aseguradora podrá <<reponer o reparar a satisfacción del asegurado la cosa asegurada, liberándose así la indemnización>>, pero la frase <<a satisfacción del asegurado>>, no significa que éste pueda elegir la reposición o la reparación, ya que es la compañía la que tiene esa facultad; ni tampoco significa que el asegurado, sin más base que su interés, su gusto o su capricho, pueda invocar su <<insatisfacción>> a fin de reclamar lo que más le convenga. Por tanto, cuando el asegurado considere que la reparación no le satisface, debe demostrar ante quién corresponda los motivos de su decisión antes de exigir que le sea repuesta la cosa asegurada

Sexta Epoca. Semanario Judicial de la Federación.
Segunda Sala. Tomo II Tercera Parte. Página 104.
Amparo en revisión 2694/55. Unión de Seguros, S.A.
2 de agosto de 1957. Unanimidad de 4 votos.
Ponente: Octavio Mendoza González.

1.2.12.2. La Buena Fe de las instituciones de seguros.

Así como para el asegurado existen obligaciones que observar a fin de respetar la existencia del principio de buena fe en el seguro, tenemos que esta carga también se hace extensiva a la institución, la cual tiene el deber de respetar la buena fe durante toda la existencia del contrato.

La obligación impuesta a la institución de seguros tendiente a respetar el principio de la buena fe, de mayor importancia en mi opinión, se genera de forma previa a la contratación, precisamente en el momento en que el asegurado proporciona la información necesaria para la apreciación del riesgo.

Este respeto de la buena fe de la institución se manifiesta a través de los formularios, cuestionarios y demás elementos necesarios para que el asegurado cumpla con su obligación de proporcionar información a la institución.

Los cuestionarios y formularios que suministre la empresa de seguros al potencial asegurado deben ser hechos de manera tal que no se confunda a quien esta informando, las preguntas no deberán ser insidiosas, tratando de obtener la mayor veracidad posible y no para obtener algún fallo del asegurado y entender esa declaración de forma lesiva.

Acordes a esos conceptos resultan los criterios sostenidos en sus respectivas resoluciones de nuestra Suprema Corte de Justicia de la Nación, que a continuación se pone de relieve:

**SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA
LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑIAS**

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.

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

En igual manera tenemos que el principio de la buena fe debe ser observado por la empresa aseguradora durante todo el trayecto del contrato, optando por una postura transparente tendiente siempre al análisis de las controversias en una forma apegada a las condiciones de la contratación, velando que esta se haga en lo mas posible en beneficio del asegurado, es decir, evitar la coloquial frase, que el trabajo de las compañías es buscar como no pagar los siniestros.

Esa conducta que referimos en el párrafo anterior se puede aplicar a la obligación que tiene la institución de seguros de recibir las comunicaciones que le sean dirigidas por el asegurado, así como evitar solicitar documentación adicional al reclamante que no tenga relación de ninguna especie con el siniestro, etcétera.

Una de las obligaciones principales y más significativas del asegurador es la entrega de la póliza así como de las condiciones generales del contrato de seguro. En la opinión de Díaz Bravo esta es una obligación importante para el asegurador, al mencionar que "De lo dicho en páginas anteriores resulta con toda claridad que, sin perjuicio de carácter consensual del contrato de seguro, la póliza configura su manifestación escrita y la prueba, por excelencia, de su celebración; en consecuencia su entrega al tomador constituye una de las principales obligaciones del asegurador".⁷¹

Oscar Vásquez del Mercado deja también asentado el hecho de que la entrega de la póliza es una de las obligaciones principales del asegurador cuando refiere: "El hecho de que la empresa aseguradora deba entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes, como establece el artículo 20 de la

⁷¹ Díaz Bravo, Arturo. ob.cit. pág. 146.

Ley citada, no atribuye carácter forma al contrato. La emisión y entrega de la póliza es un acto de cumplimiento"⁷²

Rodríguez y Rodríguez se pronuncia igual que los anteriores tratadistas al referir: "La Ley del Contrato de Seguro impone a las empresas aseguradoras la obligación de redactar y entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes"⁷³

Un derecho importante del asegurado es el obtener de la empresa la comunicación oficial del rechazo o en su caso procedencia de la reclamación por él formulada, comunicación que en caso de declinar al pago del siniestro deberá ser hecha en el tiempo que marca el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, o sea, en el plazo de treinta días.

El rechazo que efectúe la compañía aseguradora deberá ser fundado y apegado a las condiciones generales del contrato, siendo derecho del asegurado el recibir una comunicación oficial conteniendo información clara, precisa y que no deje lugar a dudas sobre la improcedencia de su reclamación.

La necesidad de obtener una comunicación como la precisada en los párrafos precedentes estriba en que tal información servirá de base para las futuras reclamaciones del asegurado ante los Tribunales competentes, evitando así también que la empresa varié las causas de la declinación al pago de la reclamación formulada.

La institución de seguro tiene un deber fundamental de buena fe, el cual se genera ante su obligación de llevar a cabo la diversificación de los riesgos contratados, de tal manera que no se deje de cubrir ninguno de los siniestros procedentes que les sean reclamados.

⁷² Vázquez del Mercado, Oscar ob. cit pág 288

⁷³ Rodríguez y Rodríguez. ob cit pág 176.

1.2.12.3. Clasificación de las sanciones de acuerdo al quebranto de la buena fe en el contrato de seguro.

En los números anteriores tuvimos la oportunidad de ver cuales eran los principios obligacionales de buen fe que deben de observar tanto los asegurados como las instituciones en toda la vida del contrato de seguro, pudiendo apreciar diferentes sanciones a los comportamientos adoptados por las partes, que van desde la reducción y disminución de la indemnización hasta la pérdida del derecho a reclamar la misma.

La forma en como maneja la Ley Sobre el Contrato de Seguro el catálogo de sanciones a la falta de observancia de la buena fe nos lleva a la determinación de que la misma legislación hace una clasificación, velada definitivamente, de dolo y mala fe en que se incurre por parte de quien no cumple su obligación.

El artículo 1815 del Código Civil para el Distrito Federal refiere que: "Se entiende por dolo en los contratos cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes; y por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes una vez conocido"

En tal tesitura tenemos que, de acuerdo con del maestro Manuel Bejarano Sánchez,⁷⁴ existen diversas clases de dolos dentro de las cuales encontramos:

- Dolo Principal y Dolo Incidental, el dolo que no ha decidido a contratar (dolo incidental) no produce la nulidad, sino aquél que ha sido determinante para la realización y ejecución del acto (dolo principal).
- Dolo Malo y Dolo Bueno, esto significa que toda afirmación inexacta realizada por uno de los contratantes constituya dolo, pues debe recordarse que el dolo bueno no vicia el contrato. El dolo bonus consiste en las exageraciones evidentes que a modo de propaganda o reclamo se efectúan para la recomendación de algún

⁷⁴ Bejarano Sánchez, Manuel. "Obligaciones Civiles" México 1996 Editorial Harla

objeto o de los servicios de alguna persona ponderación excesiva que no entraña engaño alguno.

- Dolo recíproco, si ambas partes proceden con dolo ninguna de ellas puede alegar la nulidad del acto o reclamarse indemnizaciones.

Así como se da la clasificación de los tipos de dolos con sus correspondientes sanciones, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro sucede lo mismo, ya que esta legislación califica de alguna manera las actitudes de las partes contratantes y sanciona su comportamiento.

El artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro toma en su hipótesis el hecho de que las dos partes celebrantes del contrato de seguro incurrieron en conductas que atentan contra el principio de la buena fe, veamos lo establecido en el artículo en comento:

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

Este dispositivo legal califica de inmediato la nulidad del contrato de seguro, no debiendo entrar al debate si es nulidad absoluta o inexistencia, ya que este tema ha sido resuelto por nuestros altos tribunales con el atinado criterio que la división que pudiese existir entre esas dos figuras es meramente doctrinal.

En el caso concreto, lo interesante aparece al establecer las sanciones a las partes dadas sus conductas, resaltando sobre el particular que el legislador esta tomando las penalizaciones para una conducta igual de desleal en los dos celebrantes del contrato.

Para la compañía aseguradora se impone la pena de perder el pago de las primas y el reembolso de sus gastos; para el asegurado el derecho a la restitución de las primas y deberá pagar los gastos.

Quizá de primera vista no encontremos sentido a lo estipulado en este artículo, ya que puede resultar confuso e inclusive ser contradictorio a los conceptos preconcebidos que tenemos de los contratos, y mas en el de seguro en que el álea es su elemento primordial.

Para la comprensión del artículo 45 de la Ley retomemos el ejemplo que utiliza la Corte, referente al barco que salió de puerto, aplicando este ejercicio podremos entender de una manera muy sencilla el contenido del artículo.

Llevemos el ejemplo desde la perspectiva de la aseguradora. Parte el barco de puerto, al iniciar su viaje no contaba con un seguro, es cuando se le propone a la institución el aseguramiento por parte del interesado, la empresa acepta la propuesta bajo el conocimiento que no hubo siniestro, es decir, cobró una prima por un riesgo que no corrió. Esta conducta desleal trae como consecuencia la pérdida al cobro de la prima y al reembolso de sus gastos.

Veamos ahora el ejemplo desde el punto de vista del asegurado, si éste lleva a cabo la contratación sabiendo de la existencia del siniestro, pierde el pago de la prima, así como pagara los gastos erogados por la empresa de seguros, siendo obvio que la institución no estará obligada al pago del siniestro.

Esta sanción como dijimos se aplica a ambos por así las dos partes incurrir en una conducta desleal frente al contrato, pero si analizamos un poco más a fondo el artículo en comento, tenemos que el legislador ofrece una solución para el caso de que el contrato haya entrado a la vida jurídica produciendo efectos provisionales siendo inexistente el riesgo, aplicándose en provecho del que no obró de mala fe la resolución del contrato.

Para los casos de los artículos 66 y 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro referentes al aviso de siniestro que debe dar el asegurado, el legislador considera la omisión de esta noticia como una conducta no grave, es decir, como un dolo leve, conducta que lleva, dada su trascendencia, a solo ser castigada con la reducción en la indemnización, empero de forma alguna la pérdida del derecho a recibir la misma.

La dureza de la sanción es lo que nos puede ayudar a determinar la forma en que el legislador valoró la gravedad del dolo, siendo en el caso de los artículos anteriores menor, lo cual implica que el legislador estimó como un dolo leve la falta de información.

Caso diferente acontece con lo previsto por el artículo 68 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya que en tal dispositivo se establece que la institución queda desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Es importante destacar la dureza de la sanción establecida por el legislador, ya que atendiendo a la forma de redacción del artículo 68, veremos tal dureza que no hay lugar a dudas que la conducta descrita en el artículo es para el legislador de un dolo exacerbado.

Pongamos especial atención a que el legislador no refiere a la pérdida de un derecho del asegurado, no, se refiere a desligar a la institución del contrato, es decir, se deja sin efectos la relación contractual entre asegurado y aseguradora, desaparece la obligación misma.

El artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece la sanción para el caso de que no se cumpla con la obligación del asegurado de proporcionar la información que le sea requerida por la institución, siempre y cuando esto se haga con el fin de hacer incurrir en error a la compañía. Para este supuesto se establece que las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas.

Resulta ser un dolo también bastante grave el considerado para el supuesto del artículo 70 de la Ley, toda vez que en este caso se extinguen las obligaciones de la empresa.

Es de apreciarse la diferencia que se da entre las sanciones previstas por los artículos 68 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, toda vez que si bien es cierto que en ambas el asegurado pierde sus derechos, no menos cierto resulta ser diferente la forma en que se deriva esa pérdida, ya que en el caso del primero de los dispositivos se estima que la institución de seguros se desliga de sus obligaciones, es decir, se ataca directamente al vínculo jurídico que une a las partes; y en lo que respecta al artículo 70 de la Ley se declaran extinguidas las obligaciones, es decir, estas sí tuvieron vigencia y eventuales consecuencias, pero dada la conducta del asegurado se terminan.

En lo que toca al derecho de salvamento que tienen las empresas de seguros también existe una sanción para el asegurado que no impida el daño continuado en los bienes afectados, estableciéndose ésta en el numeral 115 de la invocada ley, el cual señala:

115.- "Si el asegurado viola la obligación de evitar o disminuir el daño o de conservar la invariabilidad de las cosas, la empresa aseguradora tendrá el derecho de reducir la indemnización hasta el valor que ascendería, si dicha obligación se hubiere cumplido. Si dicha obligación es violada por el asegurado con intención fraudulenta, éste quedará privado de sus derechos contra la empresa".

En el caso del dispositivo en comento la sanción que impone el legislador se viene a aplicar por el no hacer, en este caso el dolo que previene el legislador es leve, ya que no estima la pérdida del asegurado a ser indemnizado, solamente restringe esta, es decir, si hay dolo pero no es grave.

Las sanciones para la falta de observancia del principio de buena fe no sólo existen para el asegurado, sino que también son aplicables a la empresa aseguradora.

Como señalamos anteriormente, la principal obligación de la institución aseguradora es proporcionar al asegurado cuestionarios entendibles, que no sean insidiosos, es decir, que no confundan al asegurado al dar la información que requiere la empresa para la debida valoración del riesgo.

Para el caso que la institución no cumpla con ésta observancia de buena fe el legislador le impone una sanción fuerte, consistente en pasar por la contratación propalada si fue ella quien dio lugar a las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del asegurado, esta sanción se impone en el artículo 50 fracciones I, III y V de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;

III.- Si la empresa conocía o debía de conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;

V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato"

Estas hipótesis referidas son una mezcla de conductas de hacer y no hacer, de las primeras encontramos la fracción I y de las segundas las fracciones III y V, la sanción para estas conductas es la pérdida del derecho de las empresas a rescindir el contrato de seguro a pesar de existir omisiones, falsas e inexactas declaraciones, es decir, aún y cuando exista el nacimiento del contrato de forma viciada la aseguradora esta obligada a pasar por el.

Fuerte sanción también se impone a la empresa al pasar por la contratación a pesar de la existencia de las omisiones, falsas e inexactas declaraciones, ya que se obliga a la institución a mantener las coberturas del contrato, a pesar de no conocer con exactitud el riesgo que se esta corriendo.

No pasará desapercibido que al referirme a las sanciones impuestas por la Ley manifiesto que todas ellas son debido al dolo en que incurre una de las partes, estimo que el término dolo es el realmente aplicable al caso, en virtud de que es el asegurado quien hace o deja de hacer esas conductas, siendo importante para entender la razón de la determinación del concepto dolo, el hecho de que la cosa asegurada se encuentra en poder del asegurado o beneficiario, luego entonces debemos de considerar que cualquier conducta adoptada por éste diferente o fuera de la contratación, deberá ser hecha con la firme intención de obtener una ventaja frente a la empresa, lo cual indudablemente es dolo.

Por lo que hace a la institución aseguradora debemos de considerar también que el término dolo es aplicable ya que de igual manera al asegurado, cualquier conducta fuera del contrato o tendiente a perjudicar, es naturalmente con la voluntad de ponerse en una situación de ventaja.

1.2.12.4.- Rescisión, la mayor sanción impuesta por la falta de buena fe.

Se han venido analizando las sanciones por la falta de observancia de la buena fe, mereciendo destacar como la mas importante la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro.

Esta sanción se genera ante las declaraciones del asegurado cuando sean omisas, falsas o inexactas, siendo la rescisión castigo de tal severidad ya que las declaraciones de la contraparte son el punto de partida de la misma.

Sobre este tenor se han pronunciado los altos tribunales federales, quienes han dejado muy en claro la necesidad de existir buena fe en las declaraciones del asegurado, siendo conveniente atender a los siguientes criterios:

SEGUROS, DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPAÑÍAS DE.- Como el riesgo

constituye un elemento esencial, en razón del cuál la aseguradora se obliga, es claro que una exacta apreciación del mismo, es su interés primordial. De ahí que el asegurado tenga a su vez obligación de declarar con rigurosa exactitud y veracidad sobre lo que se le pregunte, y la inobservancia de tal obligación, está severamente sancionada, al grado tal que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, previene que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos comprendidos en el cuestionario, facultará a la empresa aseguradora, para considerar rescindido, de pleno derecho, el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Una justa interpretación de éste precepto, impone entender que tiende a proteger tanto al asegurador como a los asegurados; al primero, para ponerlo a salvo de la dificultad de conocer numerosos datos singularmente importantes para definir su situación del riesgo y sus condiciones, y a los segundos para evitarles fáciles desconocimientos de los compromisos contraídos, de manera que así respecto a estos últimos, la sanción que opera cuando el juzgador encuentre una negligencia inexcusable o una ignorancia de mala fe, en las omisiones y declaraciones inexactas, atenta la condición de la persona de que se trate y seguramente así lo entienda la misma ley, puesto que en su artículo 50 establece que, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos la empresa aseguradora

no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración.

II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho de que no le ha sido declarado.

III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado.

IV.- Si la empresa reconoció el derecho de rescisión del contrato por esa causa.

V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo, la empresa celebra el contrato.

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

Sexta Epoca. Semanario Judicial de la Federación. Tercera Sala. Tomo XXVIII: Cuarta Parte, Página 227. Amparo Directo 5121/58. La Interamericana, S.A. 16 de octubre de 1959. Unanimidad de 4 votos.

Ponente: Mariano Ramírez Vázquez.

Las obligaciones referentes a la declaraciones veraces de los asegurados se estipulan en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros, los cuales establecen:

8.- "El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo todos los hechos importantes para la

apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba de conocer en el momento de la celebración del contrato.

- 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"
- 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 su intermediario".

La importancia de las declaraciones del proponente asegurado son de un realce singular en la contratación, ya que como se ha dicho, a partir de ellas es donde se hace la contratación.

El único término que acota las declaraciones del asegurado son los instrumentos que la institución utiliza para obtener tales declaraciones, ya que las mismas deben ser valoradas a la luz de los formularios en que fue obtenida.

Tan importantes resultan ser las declaraciones del asegurado que la ley ha otorgado a la institución la facultad de considerar como rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, facultad estipulada en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Debemos destacar la importancia que reviste para el legislador las declaraciones

del asegurado, ya que la facultad rescisoria a favor de la empresa se otorgan aún cuando los hechos referidos a las omisiones, falsas e inexactas declaraciones no hayan influido en la realización del siniestro.

La rescisión de pleno derecho no producirá sus efectos hasta en tanto no se notifique al asegurado la referida rescisión, esta obligación se impone en el diverso artículo 48 de la ley en comento, mismo que refiere:

48.- "La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca de la omisión o inexacta declaración"

Apunte de singular relevancia es referir que el artículo transcrito ha sido recientemente reformado, cambiando el término de quince días por el de treinta, lo cual resulta benéfico sólo para las instituciones, ya que así tienen mas tiempo de preparar la rescisión, refiriéndonos con ello a conseguir la información que sustente su decisión.

Lo que debemos destacar del ordenamiento en cita es el hecho de que la comunicación que se haga al asegurado de la rescisión deberá ser en forma auténtica, debiendo entender por ello de forma indubitable.

En la práctica se estila por las compañías aseguradoras el llevar a cabo la comunicación al asegurado a través de un fedatario público, levantándose el acta correspondiente por éste, en donde realiza la entrega de la comunicación conteniendo la rescisión del contrato.

La sana práctica de comunicar la decisión de la rescisión a través de fedatario, precisamente en el caso de los Corredores Públicos, no siempre surte los efectos que pretenden las empresas, toda vez que escudándose en disposiciones referentes a la Ley de la Correduría Pública dejan las notificaciones con cualquier persona que los atienda, sin dejar cita de espera ni entender la diligencia directamente con el

asegurado, aferrándose la empresas a la idea de que al llevar un Corredor Público estiman haber hecho la notificación en forma auténtica, lo cual es un total absurdo ya que en primer término debe atenderse a la ley especial del caso que es la del Contrato de Seguro, en esta se dispone que la comunicación debe hacerse en forma auténtica, lo cual implica que el asegurado debe estar completamente enterado de la rescisión ya que este es el espíritu de la norma.

1.2.13. Contrato indemnizatorio, no lucrativo.

Una característica más, que estimo conveniente agregar a las ya expuestas del contrato, es la referente a que el seguro tiene un carácter indemnizatorio y no de lucro.

Esta nota distintiva que estimo conveniente agregar, se da más por casuística que por doctrina, ya que a la fecha se han venido presentando litigios en contra de compañías aseguradoras por conceptos muy por encima de las sumas aseguradas pactadas, valiéndose para ellos escudados en una falsa responsabilidad civil a cargo de la instituciones.

El contrato de seguro sólo debe ser tomado como un medio de reparar la pérdida sufrida por el asegurado, misma que debe ser en las mismas condiciones y montos de las pérdidas, nunca de forma superior, ya que se estaría perdiendo la naturaleza esencial del contrato.

La base para determinar que el contrato de seguro reviste un carácter indemnizatorio lo encontramos en el artículo 91 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual establece:

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

Con esto no tenemos lugar a dudas que el objetivo del contrato de seguro es meramente indemnizatorio y no de lucro.

Existen otras figuras que refuerzan la característica indemnizatoria del seguro, conocidas como supraseguro, infraseguro y seguro pleno, mismas que dejan también muy en claro que la tendencia del aseguramiento es buscar el equilibrio entre la pérdida y la indemnización.

La única forma de que el seguro no sea tomado en forma indemnizatoria es cuando se fija de común acuerdo el valor a la cosa asegurada, siempre y cuando sea solo por cuestiones estimativas, esto de conformidad a lo previsto por el artículo 93 de la Ley.

1.3. Elementos Esenciales del contrato de seguro.

En este apartado haremos un estudio de los elementos esenciales de la contratación, tales como el consentimiento y el objeto del seguro, repasando además los conceptos de importancia sobre las personas que llevan a cabo la contratación.

Los elementos esenciales del contrato de seguro son: el consentimiento, integrado por la concurrencia de las voluntades de aseguradora y asegurado o tomador del seguro y su objeto posible física y jurídicamente, traducido éste en la garantía otorgada por la primera, en el sentido de asumir la obligación de reparar un daño o indemnizarlo, derivado de la realización de un siniestro en los términos convenidos, mediante el pago de una prima por el segundo.

1.3.1. Consentimiento.

Este elemento esencial del contrato de seguro, se conforma por el acuerdo o concurso de las voluntades de sus partes, que en atención a su naturaleza o esencia, se denominan: *aseguradora* y *asegurado*, o bien, *tomador del seguro*; a las que suelen sumarse, en situaciones muy específicas y que merecen ser analizadas en forma, las

voluntades de otros sujetos que guardan una íntima relación con aquellos, que son: los agentes o mandatarios de la aseguradora, los terceros a nombre o en favor de los cuales se celebra un contrato de seguro y los beneficiarios.

En ese orden de ideas, cabe indicar en primer término que de la definición misma adoptada por la Ley sobre el Contrato de Seguro y de otros dispositivos de la misma, se corrobora lo anteriormente expresado, como puede advertirse de la lectura de los dispositivos siguientes.

- 1º.- "Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato".
- 31.- "El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario".
- 10.- "Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente...".
- 11.- "El seguro podrá contratarse por cuenta propia o por cuenta de un tercero, con o sin la designación del tercero asegurado. En caso de duda, se presumirá que el contratante actúa por cuenta propia".
- 12.- "El seguro por cuenta de un tercero obliga a la empresa aseguradora, aun en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro".
- 13.- "Salvo pacto expreso en contrario contenido en el contrato de mandato o en la póliza, el mandatario que contrate un seguro a nombre de su mandante, podrá reclamar el pago de la cantidad asegurada".
- 14.- "Los agentes que sean autorizados por una empresa de seguros...".

Ahora bien, a continuación se procura un análisis del papel o participación de todos estos sujetos a los que se ha hecho referencia con antelación, con relación a la integración del consentimiento en el contrato de seguro.

1.3.1.1. Consentimiento de la Aseguradora.

La de la aseguradora constituye una de las dos voluntades que confluyen en la integración del consentimiento como elemento esencial del contrato de seguro; a lo que resulta conveniente agregar que para operar como tal toda empresa en el ramo de seguros, requiere contar con una autorización otorgada por el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, lo cual ya fue ampliamente analizado al ver los antecedentes del contrato de seguro y la actividad aseguradora.

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

En ese contexto, al aparecer como una persona moral, toda aseguradora por tratarse de una institución o de una sociedad mutualista de seguros, su voluntad en la integración de todo contrato de seguro conformando el elemento esencial consentimiento,

necesariamente habrá de exteriorizarse a través de sus órganos sociales, que en este caso lo son sus mandatarios y agentes.

1.3.1.2. Consentimiento del tomador del seguro, asegurado y beneficiario.

La segunda voluntad que concurre en la integración del consentimiento, elemento esencial del contrato de seguro, lo es la del tomador del seguro, quien suele generalmente ser al mismo tiempo el asegurado, pero puede suceder que éste sea una persona distinta a aquél; por lo que, en este caso, se estaría en presencia de un contrato *en favor o en nombre* de un tercero, no sin advertir que la ley de la materia emplea la expresión "*por cuenta*".

Ley sobre el Contrato de Seguro:

- 11.- "El seguro podrá contratarse por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación de la persona del tercero asegurado. En caso de duda, se presumirá que el contratante obra por cuenta propia".

Así el tomador del seguro es la persona que contrata con la aseguradora, asumiendo la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones que constituyen los derechos correlativos en favor de la segunda, lo que se explica a través de la referencia del tratadista español Garriguez: "El tomador del seguro es la persona que contrata con el asegurador, cosa que no quiere decir que, a semejanza de los demás contratos, sea el titular de los derechos dimanantes del contrato. Mientras en los demás contratos existen dos partes contratantes, sea en nombre propio, sea en nombre ajeno, y esas partes contratantes, o sus representados, son los que adquieren los derechos y obligaciones del contrato, la *peculiaridad* del seguro consiste en que el círculo personal del contrato se extiende a personas que no son contratantes, ni representantes por los contratantes. El asegurador asume los derechos y obligaciones del contrato. El contratante con el asegurador (tomador del seguro) asume las obligaciones, pero puede no asumir los derechos... Contratante o tomador del seguro es aquel que suscribe el

contrato, asumiendo las obligaciones que del mismo derivan. Asegurado es aquel que tiene derecho a la prestación del asegurador”.⁷⁵

Concuera con esos términos la opinión del jurista mexicano Díaz Bravo: “Tomador o contratante es la persona física o moral que comparece, con su firma, a tomar el seguro, esto es, que lo contrata con la empresa aseguradora, en interés propio o de un tercero y, por tanto, quien asume las respectivas obligaciones aunque no sea el asegurado; luego el que actúa como apoderado no tiene tal carácter, pues no asume obligación alguna... Asegurado es, en los seguros de daños, la persona física o moral cuyo interés económico en la cosa se cubre con el seguro... en los seguros de vida, accidentes y enfermedades, es asegurado la persona física respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital contrata la cobertura... El beneficiario, también persona física o moral, es el titular del derecho al pago de la suma asegurada por razón de su interés económico en el bien —seguro de daños— o por habersele designado así —cláusula beneficiaria—, o bien por su carácter de heredero, caos estos dos últimos propios del seguro de vida”.⁷⁶

En el mismo sentido que las opiniones anteriores, otro tratadista, Vázquez del Mercado sobre el particular considera: “En el contrato de seguro la persona que contrata con el asegurador, que es el tomador del seguro, no necesariamente es el titular de los derechos que dimanán del contrato. El titular puede ser otro sujeto, en cuya esfera patrimonial viene a incidir el riesgo y que por lo tanto tiene necesidad de la cobertura del seguro, es el asegurado, que tiene derecho a la prestación del asegurador porque es el titular del interés asegurado”.⁷⁷

Ahora bien, en cuanto al asegurado distinto al tomador del seguro y a ese manejo inadecuado de la ley, al hacer referencia en el sentido de que el seguro se puede contratar “por cuenta de otro”, cabe señalar que en estricto rigor se trata de una contratación “en favor de otro”, o bien, “en nombre de otro”, toda vez que no es posible a través de contrato alguno afectar la esfera jurídica de terceras personas

⁷⁵ Garriguez. Ob.cit. Pág. 270.

⁷⁶ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 136.

⁷⁷ Vázquez del Mercado, Oscar. “Contratos Mercantiles”. México Editorial Porrúa 1989 Pág 263.

imponiéndoles cargas o gravámenes en una situación carente de la más absoluta expresión de voluntad de éstos, en el contexto de que un tercero es una persona extraña a la relación contractual de que se trate, es decir, que no participa de manera alguna en la concertación.

Sobre dicho particular el tratadista Díaz Bravo nos dice: "Nótese que la LCS acoge, sin mencionarla por su nombre, la figura de la gestión oficiosa, bien con una terminología poco técnica: "El seguro podrá contratarse por cuenta propia, *por cuenta* de otro, con o sin la designación del tercero asegurado..."(art.11): "El seguro *por cuenta* de un tercero asegurado obliga a la empresa aseguradora, aun en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro" (art. 12); la falta de técnica jurídica radica en el incorrecto empleo de la expresión *por cuenta de*, pues no es exacto que el tercero asegurado reporte la obligación de pagar la prima, que sólo recae sobre el tomador del seguro".⁷⁸

En efecto, debemos recordar y tener presente que no obstante que conforme al principio de relatividad de los contratos, expresado en esa frase latina "*res inter alios acta*", que se traduce en que los efectos de las normas contractuales sólo tienen lugar entre las partes y no pueden alcanzar la esfera jurídica de terceros imponiéndoles cargas y gravámenes, excepcionalmente se permite lo opuesto, es decir, beneficiarlos a través de convenciones entre los contratantes, lo cual sucede precisamente en los contratos denominados de *promesa de porte fort*, de los cuales el de seguro constituye un verdadero prototipo.

Para una mayor claridad de ideas sobre el tema, estimamos de conveniencia expresar que conforme a lo anterior, en tanto que por *partes en un contrato* debemos entender las *personas físicas o morales que al tener un interés jurídico en el mismo, habrán de reportar las consecuencias que deriven, aun y cuando no hubieren tenido una participación formal, pero sí material, en la integración del consentimiento*; los *terceros, son las personas que no participan en su integración y a quienes, en estricto rigor, no deben alcanzar sus efectos*. Literalmente por tercero en un contrato debe entenderse

⁷⁸ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 136.

aquella persona que no ha intervenido de manera alguna en su celebración, que permanece ajena al mismo.

Puede explicarse lo anterior de una manera más clara y sencilla, en los términos siguientes: al entender que toda relación entre personas —la que puede ser de naturaleza contractual, procesal, crediticia o de cualquier otro género— necesariamente tiene dos extremos; por ejemplo, en un contrato de compraventa se forma por comprador y vendedor, en un juicio por actor y demandado; el tercero en este plano, será aquél *que no es ni uno ni otro de esos extremos de la relación de que se trate, es decir, ni el primero ni el segundo, o sea, ni comprador ni vendedor, ni actor ni demandado.*

En esas condiciones, en el contrato de seguro al carecer el tomador de una representación jurídica instrumentada a través de un mandato por el titular del interés jurídico objeto del mismo, algunos autores consideran este hecho como una gestión oficiosa, en lo cual no estamos de acuerdo, en virtud de que en caso de conflicto derivado del cumplimiento o incumplimiento de las estipulaciones pactadas, las partes intervinientes se encuentran perfectamente determinadas, que lo son: la aseguradora y el tomador del seguro, permaneciendo frente a éstas como un tercero el asegurado por el cual se celebró dicha concertación.

El tratadista Vázquez del Mercado al respecto considera: “En el seguro por cuenta de otro o por cuenta ajena, el contratante y el asegurado son también personas distintas, pero el tomador no tiene poder. En este contrato el tomador del seguro, aun cuando no es un representante, debe declarar todos los hechos importantes que sean o deben ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario,... el asegurador queda obligado aun cuando el tercero asegurado acepte el contrato que se celebró en su favor, una vez que el siniestro haya tenido efecto... El seguro por cuenta ajena es muy frecuente en el comercio, sobre todo cuando una persona es responsable respecto de bienes que le son ajenos y que los tiene por algún acto, como en el caso del transporte, administración, para venderlos, en depósito, etc.”.⁷⁹

⁷⁹ Vázquez del Mercado. Ob.cit. Pág. 263.

Esos conceptos de referencia, el autor Halperin los estima en la forma siguiente: "El seguro puede celebrarse por el propio interés asegurable (y así coincidirá el tomador o contratante del seguro y el asegurado), o puede celebrarse por un tercero (tomador) para amparar el interés de otro (determinado o determinable), que es el asegurado, con mandato o sin mandato... Cuando el tercero contrata el seguro por representación del titular del interés, como efecto de esa representación el contrato surte directamente sus efectos entre asegurado y asegurador, pero para juzgar la reticencia se tomarán en cuenta el conocimiento y la conducta del representado y del representante... Cuando se celebra por cuenta ajena, así debe declararse; de lo contrario, se presume que ha sido celebrado por cuenta propia)".⁸⁰

En ese orden de ideas, conforme se ha precisado con antelación, debe concluirse que cuando el seguro se contrata con el objeto de proteger un interés cuyo titular es persona distinta al tomador, en estricto rigor se trata de un contrato de seguro en favor o en nombre de un tercero; quien tendrá el derecho, en caso de la realización del siniestro, de exigir a la aseguradora la reparación o indemnización del daño sufrido, en virtud de devenir el mismo de la estipulación consagrada en su favor por el estipulante, que en este caso lo es aquél, es decir, el tomador; situación en la cual la aseguradora necesariamente aparece como promitente.

Con relación a lo anterior, estimamos conveniente destacar la opinión de Díaz Bravo: "En la jerga aseguradora es frecuente aplicar también el calificativo de asegurada a la cosa respecto de la cual se celebra el contrato, y también al evento dañoso previsto, y así, son usuales las expresiones automóvil asegurado, buque asegurado, riesgo asegurado, etcétera... En rigor gramatical, ni las personas, ni las cosas, ni los riesgos *están* asegurados, pues la empresa no *asegura* su existencia, salud, permanencia en las mismas condiciones ni conservación, sino sólo que, al ocurrir el evento previsto, resarcirá el daño o pagará una suma de dinero; en este orden de ideas, lo verdaderamente asegurado es, pues, el *resarcimiento* de daños y, en su caso,

⁸⁰ Halperin. Ob.cit. Pág. 43.

la indemnización de perjuicios, o bien el *pago de una suma de dinero*, en el seguro de vida".⁸¹

Los conceptos que anteceden nos son mostrados con gran claridad en los criterios de nuestro Máximo Tribunal, que a continuación se ponen de relieve.

SEGURO POR CUENTA DE TERCERO. La segunda hipótesis que contiene el artículo 11 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cuando dice: "tomar el seguro por cuenta de otro, con o sin designación de la persona del tercero asegurado", se refiere por su naturaleza a la forma de actuar propia del comisionista o del mandatario de tomar un seguro por la finca arrendada.

Quinta Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: CXXII. Página: 1376.

SEGUROS, CONTRATO DE, CELEBRADO POR CAMINOS Y PUENTES FEDERALES DE INGRESOS Y SERVICIOS CONEXOS. El seguro

contratado por Caminos y Puentes Federales de Ingresos y Servicios Conexos para los usuarios de carreteras, responde en caso de siniestro, por la responsabilidad civil de cada uno de los usuarios. La responsabilidad civil de que se trata, conforme a lo dispuesto por el artículo 1913 del Código Civil, es la obligación que tiene a reparar el daño la persona que usa mecanismos o aparatos peligrosos aun cuando no obre ilícitamente. Por tanto, cuando se reclama a la aseguradora el pago de determinada

⁸¹ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 136.

cantidad, por los daños que sufrieron los vehículos propiedad de la actora en un siniestro, es indispensable que se determine quién fue el responsable del accidente, para que así se pueda precisar, si la aseguradora está obligada a pagar o no los daños sufridos, precisamente porque ésta sólo responde por la responsabilidad civil de cada uno de los usuarios, es decir, por los daños que causen éstos a terceros por el uso de sus vehículos, mas no así, por los daños que hayan sufrido los vehículos propiedad del usuario en un accidente en el que fue responsable.

Novena Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I.9o.C.16 C. Página: 620.

CONTRATO DE SEGURO. EL ARRENDATARIO QUE EXIGE EL PAGO DEL SEGURO POR LOS DAÑOS QUE POR INCENDIO SUFRIO EL BIEN ARRENDADO NO INCURRE EN

ENRIQUECIMIENTO ILEGITIMO.- Si el seguro contra incendio se contrató por el arrendatario en interés de la preservación del local arrendado, no puede afirmarse que hacer pago de una conflagración que no menoscabó el patrimonio del inquilino es provocar un enriquecimiento ilegítimo, pues quien se beneficiará con el resarcimiento no es otro que el propietario del inmueble, después de cubrir el interés del contratante y haberle restituido las primas que

pagó, como lo dispone el artículo 87, de la ley del contrato de seguro.

Séptima Época. Tercera Sala. Informes. Tomo: Informe 1987, Parte II. Página: 261.

Por otra parte, distinta a la celebración de un contrato de seguro a favor o a nombre de un tercero, lo es la designación en él mismo de un beneficiario, lo cual acontece en determinados tipos de seguro.

En ese contexto, para el autor Díaz Bravo: "El beneficiario, también persona física o moral, es el titular del derecho al pago de la suma asegurada por razón de su interés económico en el bien —seguro de daños—, o por habersele designado así —cláusula beneficiaria—, o bien por su carácter de heredero, casos estos dos últimos propios del seguro de vida".⁸²

Los términos contenidos en los siguientes criterios resultan acordes a lo antes expresado:

**SEGURO, CONTRATO DE. EL DERECHO
DERIVADO DE LA DESIGNACION DE
BENEFICIARIO, SI PUEDE SER EMBARGADO POR**

LOS ACREEDORES DE ESTE. El artículo 169 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, dispone: "Si el asegurado designa como beneficiario a su cónyuge o a sus descendientes, el derecho derivado de la designación de beneficiario y el del aseguramiento no serán susceptibles de embargo, ni de ejecución por conflicto o quiebra del asegurado". Por los términos en que está concebida la anterior disposición legal, no deja duda de que los derechos a que ella se refiere cuando en el contrato de seguro se designa como

⁸² Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 137.

beneficiario al cónyuge o a los descendientes del asegurado no pueden embargarse a éste, ni ejecutarse por concurso o quiebra del mismo, pero esta prohibición legal no se extiende al supuesto de que esos mismos derechos sean embargados por los acreedores del beneficiario. El anterior criterio se robustece, porque la prohibición establecida en la anterior disposición legal es equiparable a la contenida en el artículo 168 de la Ley en consulta, que con mayor claridad establece que cuando el asegurado renuncia en la póliza a la facultad de revocar la designación del beneficiario, el derecho al seguro que se deriva de esta designación no podrá ser embargado ni quedará sujeto a ejecución en provecho de los acreedores del asegurado, en caso de concurso o quiebra de éste, ya que al igual que en este supuesto, aquél que comprende el artículo 169 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y que es una salvedad al artículo 164 de dicha codificación, que otorga al asegurado la facultad de disponer libremente del derecho derivado del seguro aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario, los derechos derivados del contrato de seguro pasan a formar parte del patrimonio de los beneficiarios, y en esa virtud, es lógico que los acreedores del asegurado no puedan embargar dichos derechos, puesto que los mismos pertenecen no al asegurado sino a los propios beneficiarios, pero si ello es válido en cuanto a los acreedores del primero de ellos, no lo es en cuanto a los del beneficiario, puesto que en esta hipótesis les

es posible embargar todos los bienes o derechos de los que son titulares sus deudores, entre ellos, los derechos derivados del seguro en su calidad de beneficiarios.

Séptima Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 15 Sexta Parte. Página: 55.

SEGURO, OBLIGACION DE CUBRIR LA TOTALIDAD DEL IMPORTE DEL.

Si la empresa aseguradora cobró como precio del contrato una prima por el seguro, su obligación ante la realización de la contingencia prevista en el respectivo contrato de seguro de vida, es la de pagar el total de la suma asegurada, y si los beneficiarios del seguro están acordados en que tal suma asegurada sea para uno solo de ellos, en su totalidad, para satisfacer algún adeudo contraído por el asegurado con dicho beneficiario, basta lo anterior para que la empresa aseguradora cubra la totalidad del seguro, y no sólo una parte de ella, independientemente de si el beneficiario en cuyo favor renunciaron los demás su derecho, haya o no justificado el adeudo garantizado por dicho seguro, pues tal situación es ajena a la empresa aseguradora a quien, en último extremo, no le afecta en lo más mínimo lo hecho o pactado por los beneficiarios, ya que la obligación de la aseguradora se cumple pagando la suma asegurada a quien los beneficiarios designen con mejor derecho para ello, siendo por tanto "res inter alios acta" la convención a que hayan llegado los beneficiarios en tal sentido,

pues son ellos quienes en último extremo podrían resultar perjudicados con ella, pero de ninguna manera la aseguradora, quien en todo caso, esta obligada a cubrir la totalidad de la suma asegurada en estricto cumplimiento a la obligación por ella contraída en el contrato de seguro, por el cual se pagó un precio cierto y determinado, llamado prima, que da derecho al beneficiario a recibir la totalidad de la suma asegurada y no sólo una parte de ella. Séptima Epoca. Sala Auxiliar. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 7 Séptima Parte. Página: 27.

1.3.2. Objeto

Así como en la teoría general del contrato se alude a un objeto directo e indirecto del mismo, para determinar el contenido de este elemento esencial, en el sentido de que el primero recae en su naturaleza jurídica, que nos permite distinguirlo de otros —por ejemplo, en la compraventa lo es la trasmisión del dominio de un bien a cambio de un precio cierto y en dinero, que la distingue en esto precisamente de la permuta, la donación y el mutuo—, en tanto que el segundo se hace consistir en las prestaciones que de manera específica habrán de derivar —por ejemplo, en la compraventa un auto y la cantidad señalada como precio—; esta analogía es posible trasladarla al análisis del contrato de seguro.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En efecto, puede afirmarse que en tanto el objeto directo del contrato de seguro lo constituye la garantía personal que asume la aseguradora emanada de la asunción del riesgo eventual que pueda ocurrir en el interés protegido del asegurado o tomador, a cambio del pago de la prima que éste debe cubrir, es decir, que en este orden de ideas resulta incuestionable la naturaleza o esencia de la concertación en comento, en el sentido de ser una “*garantía o afianzamiento*”; su objeto indirecto recaerá de manera específica en la determinación de los conceptos siguientes: el *interés* económico asegurado; el *riesgo* asumido por la aseguradora, y el importe de la *prima* a cubrir por el

asegurado o tomador; en consecuencia, el objeto del contrato de seguro comprende estos tres apartados fundamentales.

El tratadista Halperin hace referencia al objeto del contrato de seguro en ese plano: "El fin perseguido con el seguro es la traslación de un riesgo a un tercero —el asegurador— para que sus consecuencias eventuales graviten sobre éste, que las asume mediante el pago de una prima o cotización, siempre que exista interés asegurable. El riesgo que se traslada no es el que afecta al asegurado (incendio, robo, etc.), sino las eventuales consecuencias dañosas".⁸³

En referencia al objeto del contrato de seguro y su composición en función de sus diversas clases o categorías de dicho acto jurídico, encontramos la siguiente tesis, que consideramos de gran conveniencia destacar:

CONTRATO DE SEGURO. LA CONSECUENCIA DEL RIESGO ASEGURADO DEBE CUBRIRLO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA. Si la compañía de seguros negó el pago de una reclamación apoyándose en el hecho de que el siniestro no estaba cubierto por las condiciones generales del contrato de seguros contenido en la póliza respectiva, haciendo consistir el siniestro en la forma en que éste aconteció y no por sus consecuencias, debe llegarse a la conclusión que la negativa es infundada. Los artículos 1o. y 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, respectivamente, dicen: "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" y "La empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo cuyas

⁸³ Halperin. Ob.cit. Pág. 11.

consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos". De la exégesis de los preceptos transcritos se obtiene: Que el contrato de seguro nace de una relación contractual entre dos personas, moral una, la aseguradora, y moral o física la otra, el asegurado; que el citado contrato consensual impone obligaciones y derechos recíprocos a las partes que lo celebran; la aseguradora a resarcir un daño o pagar una suma de dinero, la asegurada a cubrir una cantidad de dinero denominada prima; que la obligación de la aseguradora se actualiza cuando se produce el hecho previsto en el contrato, el cual podrá referirse a alguna de las operaciones que establece el artículo 7o. de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como son: de vida, accidentes y enfermedades y daños en alguna o algunas de las ramas siguientes: a) Responsabilidad civil y Riesgos profesionales; b) Marítimo y transportes; c) Incendio; d) Agrícola; e) Automóviles; f) Crédito; g) Diversos y h) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si en el caso el contrato celebrado se refirió al riesgo de daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa, al darse la eventualidad prevista en el contrato de seguro, el daño al vehículo, y estar cubierta la prima, era obligación de la compañía de seguros pagar el daño contratado. Es necesario distinguir entre el objeto del contrato de seguro y las causas que pueden actualizar el citado objeto; así un

contrato de vida tiene por objeto cubrir la muerte del asegurado, las causas de la muerte pueden ser varias; por tanto, al darse la eventualidad y no encontrarse en alguna de las exclusiones que expresamente deben estar consignadas en el contrato, la aseguradora asume la obligación de cubrir la cantidad contratada; en el caso, el objeto del contrato fue los posibles daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa; ahora, tomando en consideración que el contrato de seguro tiene la característica de circunstancial, las causas que enumera la póliza deben ser estimadas como meramente enunciativas y no limitativas, puesto que las limitaciones se establecen en las exclusiones; todo lo expuesto se obtiene de lo que dispone el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguros ya transcrito, pues en él queda señalado que la empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo; esto es, la aseguradora se obliga a pagar todo lo que pueda ocurrir, sobrevenir o pasar siempre que tenga el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hubieran asegurado.

Octava Epoca. Tribunales Colegiados de Circuito.
Semanao Judicial de la Federación. Tomo: XIII -
Junio. Página: 544.

1.3.2.1 Interés asegurable.

La primera parte integrante del objeto en el contrato de seguro la constituye el interés de carácter económico que el tomador del seguro o el asegurado deben tener respecto de un bien que puede resultar afectado por las consecuencias de la realización de un siniestro, previsto como riesgo, ante lo cual se recurre a la protección de un seguro que proporciona la garantía de su resarcimiento, o bien, de una indemnización de ese mismo carácter, es decir, económica. Los dispositivos legales, entre otros, que de manera expresa aluden a dicho interés asegurable, son:

Ley sobre el Contrato de Seguro:

85.- "Todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto de contrato de seguro contra los daños".

86.- "En el seguro contra daños, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviniere expresamente".

87.- "Cuando el interés asegurado consiste en que una cosa no sea destruida o deteriorada, se presumirá que el interés asegurado equivale al que tendría un propietario en la conservación de la cosa. ®

Cuando se asegure una cosa ajena por el interés que en ella se tenga, se considerará que el contrato se celebra también en interés del dueño, pero éste no podrá beneficiarse del seguro sino después de cubierto el interés del contratante y de haberle restituido las primas pagadas".

Con el propósito de allegarnos medios que nos auxilien en la comprensión de este componente del objeto del contrato de seguro, encontramos la siguiente referencia del autor Halperin: "Interés es una relación económica lícita del asegurable respecto de un bien, que se torna asegurable cuando es afectado por un riesgo que puede dañarlo"... "Se entiende por tal la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación

se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.... Debe determinarse de manera precisa y enunciarse en la póliza... Pueden existir varios intereses sobre un bien. El bien puede pertenecer a varios interesados o varias personas pueden tener diversas clases de interés sobre él. Si varias personas son titulares del mismo interés, cada uno puede asegurar su parte, o la totalidad por todos, o su parte a nombre propio y por los demás en su nombre y cuenta".⁸⁴

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".⁸⁵

Una perspectiva más en torno a la existencia de un interés a proteger por el seguro, nos la proporciona el autor español Garriguez: "El interés es un concepto económico, no jurídico. La existencia de una relación jurídica entre una persona y una cosa no es ni necesaria ni suficiente para producir un interés sobre la cosa. Lo que ocurre es que ciertos intereses constituyen el contenido económico de un hecho subjetivo destinado a su protección. Por eso se hable de interés del propietario, del usufructuario, del acreedor hipotecario, etc. El interés, como concepto abstracto, se materializa cuando se expresa no ya la relación económica de una persona respecto de una cosa, sino el valor de esa relación".⁸⁶

Trátase del seguro en cuenta propia o a favor o a nombre de tercero, no puede faltar en la integración del objeto del contrato ese interés asegurable, pues como sostiene Díaz Bravo: "Una importante consecuencia de que sea asegurable cualquier interés económico es la de que el propietario, pero también el acreedor con garantía real, puede asegurar la cosa sólo en interés de dicho acreedor, mas, para que éste se beneficie del seguro, es necesario que así se indique en la póliza, pues de otra suerte se entenderá que la cobertura fue contratada sólo en interés del dueño; sí, por el contrario, sólo se menciona el acreedor, el seguro, el seguro se considera tomado también en beneficio del propietario,

⁸⁴ Halperin. Ob.cit. Págs. 5 y 21.

⁸⁵ Broseta Pont. Ob.cit. Pág. 535.

⁸⁶ Garriguez. Ob.cit. Pág. 249.

al que, empero, sólo puede aprovechar la suma asegurada en caso de siniestro, después de satisfecho el interés del acreedor y de que dicho propietario le haya reembolsado las primas".⁸⁷

En concordancia al contenido de los párrafos precedentes, encontramos los criterios siguientes:

SEGURO, CONTRATO DE. EL PAGO DEL SEGURO POR LOS DAÑOS QUE POR INCENDIO SUFRIO EL BIEN ARRENDADO NO CONFIGURA ENRIQUECIMIENTO ILEGITIMO.-

Si el seguro contra incendio se contrató por el arrendatario en interés de la preservación del local arrendado, no puede afirmarse que hacer pago de una conflagración que no menoscabó el patrimonio del inquilino es provocar un enriquecimiento ilegítimo, pues quien se beneficiará con el resarcimiento no es otro que el propietario del inmueble, después de cubrir el interés del contratante y haberle restituido las primas que pagó, como lo dispone el artículo 87, de la Ley del Contrato de Seguro.

Séptima Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 217-228 Cuarta Parte. Página: 297.

SEGURO MARITIMO.- En el Seguro Marítimo, bien puede asegurarse el interés que el armador tenga en el buque como unidad o el interés que tenga en cada una de sus partes componentes, casco, aparejo, jarcia, máquina, etc.; si el seguro es genérico de la

⁸⁷ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 152.

nave la aseguradora debe responder por el interés total del navio asegurado. Cuando el seguro se toma sobre el buque como unidad. No influye el hecho de que estando en vigor, se reemplace alguna de sus partes esenciales, máquina, aparejos, etc., o de que nuevos accesorios sustituyan a los antiguos, porque si el navio se aseguró como unidad, como tal es cosa distinta de las partes que lo componen; si las anteriores circunstancias no alteran las condiciones del seguro durante su vigencia, mucho menos podrán influir si partes tales como la maquinaria y otros accesorios fueron cambiados con anterioridad al aseguramiento de la embarcación.

Sexta Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: LV, Cuarta Parte. Página: 39.

SEGURO MARITIMO. AVALUO DEL BIEN

ASEGURADO.- El avalúo previo del navio, es la base para determinar el interés asegurado y por ello es necesario establecer hasta qué grado la estimación de su valor, pudo afectarse por circunstancias que le hubieran originado un demérito, y hasta qué punto tales circunstancias influyen en el seguro.

Habiéndose asegurado el buque como unidad, en nada afecta al seguro el hecho de que se hubiera cambiado antes de tomarlo, la máquina, los ejes y la propela, sobre todo si esto se hizo para incrementar su valor. El valor consignado en la póliza es convencional, si el avalúo se hizo encontrándose las partes de acuerdo con el mismo y habiendo intervenido ambas al formularse. Ahora bien; la

póliza es un título causal, de donde derivan las obligaciones asumidas por las partes, la del asegurado de pagar la correspondiente prima y la de la aseguradora de cubrir el importe del seguro al actualizarse el riesgo; el avalúo de los bienes asegurados constituye un elemento integrante del contrato, en virtud del cual se precisa la cuantía del riesgo por asegurar; el asegurado tiene obligación, de acuerdo con lo ordenado en el artículo 8o. de la Ley del Contrato de Seguro que rige en la materia de seguro Marítimo en lo que no sea incompatible con las disposiciones relativas del Código de Comercio, de declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato; cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos anteriores sería causa de rescisión del contrato atendiendo al mandamiento del artículo 47 de la ley en consulta.

Sexta Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: LV, Cuarta Parte. Página: 55.

El interés asegurable es en mi opinión el detonante para que se lleve a cabo la contratación del seguro, si no existiese éste no existiría el seguro.

Es común oír a las persas referirse a que su auto esta asegurado, que su casa esta asegurada, que las personas mismas están aseguradas, lo cual definitivamente es un error ya que lo asegurado no es el objeto ni el sujeto, es el interés de la persona que nada le suceda a ella misma o a determinado bien.

1.3.2.2. Riesgo

El segundo componente o parte integrante del objeto del seguro lo constituye la necesaria existencia de un riesgo como causa determinante de la celebración del contrato, el cual se concibe como una situación de carácter subjetivo cuyo contenido se traduce en la eventualidad respecto de la realización de un posible siniestro; los dispositivos de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a continuación se transcriben, hacen alusión expresa a este elemento que forma parte de su objeto:

- 80.- "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".
- 90.- "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".
- 45.- "El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido..."

En cuanto a este componente del objeto del contrato de seguro, el tratadista Halperin considera: "El riesgo es un hecho eventual, generalmente futuro (porque existen seguros retroactivos), del cual puede derivar un daño (seguro de intereses o patrimoniales o daños) o que puede afectar la vida humana o la integridad física (seguros de personas)... Es una eventualidad prevista en el contrato. La noción de eventualidad excluye la certidumbre y la imposibilidad, pero no excluye la voluntad, siempre que el acontecimiento no depende inevitable y exclusivamente de ella".⁸⁸

Para el autor mexicano Vázquez del Mercado, el riesgo se puede conceptuar de la manera siguiente: "Es elemento esencial en todo contrato de seguro. Es la posibilidad de un evento dañoso, al grado de que si no existe esa posibilidad y no hay riesgo, no

⁸⁸ Halperin. Ob.cit. Págs. 3 y 58.

puede celebrarse el contrato y si así sucede el contrato es nulo... En el seguro la prestación de uno de los contratantes, el asegurador, depende de que el riesgo se convierta en siniestro.... El riesgo consiste en la eventualidad de que se dé un acontecimiento futuro, que puede ser incierto, o bien cierto pero de plazo indeterminado. El acontecimiento no depende de la voluntad de los sujetos, por lo que puede o no suceder... todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto del contrato de seguro contra daños".⁸⁹

En una forma sencilla pudiéramos decir que el riesgo es el siniestro latente, sin nacer.

Por otra parte, debe señalarse que es coincidente la doctrina en considerar que el riesgo presenta diversas notas que le son distintivas, de entre las cuales destacan: su *incertidumbre*, *posibilidad* y el *daño* que del mismo puede derivar por la eventual realización del acontecimiento que en el contrato mismo se deja establecido.

Sobre ese particular, nos permitimos transcribir la opinión del tratadista Díaz Bravo: "Posibilidad de que ocurra un acontecimiento dañoso: tal es la común definición del riesgo, aplicable también a uno de los elementos característicos del seguro. En efecto, todo seguro *debe* significar un riesgo para el asegurador, por cuanto asume la obligación de resarcir al asegurado los daños que éste, a su vez, resiente por la eventual realización con acontecimiento previsto... Incertidumbre y daño son, pues, los necesarios y únicos atributos del riesgo; ahí donde haya certeza sobre la realización del acontecimiento dañoso, o sobre la imposibilidad de su realización, no habrá seguro".⁹⁰

Con relación a esas notas en comento, el tratadista Ruiz Rueda considera: "Al designar el artículo 1º. De la ley, con la palabra *eventualidad*, lo caracteriza como: a) Acontecimiento posible; por lo cual todo aquello que sea imposible de ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo; b) Acontecimiento *contingente*, es decir, de realización incierta de manera que aquello que necesariamente deba ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo; c) Acontecimiento *futuro*, precisamente por ser de realización incierta; d)

⁸⁹ Vázquez del Mercado. Ob.cit. Pág. 267.

⁹⁰ Díaz Bravo. Ob.cit. Pág. 148.

Como un acontecimiento *dañoso*, cuando se hace depender de su realización el pago de la *indemnización* ".⁹¹

Rodríguez y Rodríguez por su parte hace un estudio interesante acerca del riesgo en el contrato de seguro, señalando su concepto, así como los elementos que componen al mismo, veamos lo que refiere este autor:

"*Riesgo*. Para nosotros, y dentro del derecho mexicano, riesgo es "el evento posible e incierto, de existencia objetiva, previsto en el contrato, de cuya realización depende el vencimiento de la obligación, establecida en el contrato a cargo del asegurador, para atender a la necesidad económica del asegurado"⁹²

Para Rodríguez y Rodríguez los elementos del riesgo son: "a) Incertidumbre y posibilidad; b) Objetividad; c) Previsión matemática; d) Necesidad económica; e) Interés"⁹³

1.3.2.3 Prima.

Al presentar el seguro las notas de ser un contrato bilateral y oneroso—conforme ya se apuntó con anterioridad— en la composición de su objeto debe agregarse a la necesaria existencia de un interés asegurable y de la asunción de un riesgo por la aseguradora protegiéndolo, la prima que como lógica y natural contraprestación a su cargo el tomador del seguro se compromete a cubrir a la aseguradora; los dispositivos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que en forma expresa aluden a ésta, son los siguientes:

31.- "El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario".

⁹¹ Ruiz Rueda. Ob.cit. Pág. 54.

⁹² Rodríguez y Rodríguez, Joaquín. Ob. cit. pág 163.

⁹³ Ibidem.

32.- “En el seguro por cuenta de tercero, la empresa aseguradora podrá reclamar del asegurado el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente”.

Con relación a este componente del objeto del contrato de seguro, existe uniformidad de tratamiento en la doctrina, como se puede advertir de las referencias siguientes, destacando en principio la del autor Halperin: “El precio del seguro es la prima o cotización, que constituye la remuneración del asegurador por las obligaciones que asume; es decir, la contraprestación del asegurador”.⁹⁴

Para el especialista en la materia Ruiz Rueda, esta prestación a cargo del tomador del seguro debe reunir las condiciones siguientes: “La *prima* de la cual se dice que es el *precio del riesgo*, o más correctamente la contraprestación del asegurado o del contratante, en su caso, por la garantía que presta el asegurador, no se fija arbitrariamente puesto que de la ley misma se desprende que debe ser calculada: a) En función del tiempo —artículos 34, 44, 89, 96 fracciones I y II y 107—; b) En función de la gravedad del riesgo (o sea la probabilidad de su realización) —artículos 43, 62, 161 fracciones I a VI— y por último c) En función de la suma asegurada —artículos 90, 95 en su parte final, 96 fracción I y en su última parte y 161 fracción IV”.⁹⁵

En lo referente al pago de la prima se está pugnando actualmente por una reforma al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro a fin de evitar que el asegurado obtenga los 30 días naturales que establece la ley, esto en virtud del problema económico por el que se atraviesa en el sector, ya que no sólo son los 30 días establecidos en el contrato, sino que en algunas condiciones de los contratos se otorgan quince días adicionales más para el cumplimiento de la obligación.

1.4. Elementos de validez

Además de sus elementos de esencia o de existencia antes analizados, el contrato de seguro como una categoría de los actos jurídicos también requiere de un examen a la

⁹⁴ Halperin. Ob.cit. Pág. 29.

⁹⁵ Ruiz Rueda. Ob.cit. Pág. 60.

luz de sus elementos de validez, los cuales son: la capacidad de sus partes contratantes, la forma que debe revestir, la ausencia de vicios de la voluntad y la licitud en su objeto.

1.4.1. Capacidad

Al ser este el atributo de las personas físicas y morales, consistente en la aptitud o facultad para ser titular y ejercer y hacer valer directamente derechos y obligaciones, bien sabemos que reviste dos modalidades, que son: la capacidad de goce y la capacidad de ejercicio. La primera, o sea, la capacidad de goce, que es la aptitud de ser titular de derechos y obligaciones, se concede a toda persona, tanto física como moral, por el sólo hecho de serlo y, sólo por vía de excepción, se encuentra restringida por el derecho objetivo. Por otra parte, la capacidad de ejercicio se refiere a la aptitud para hacer valer y ejercitar esos derechos o para cumplir obligaciones; presupone la existencia de la capacidad de goce, es decir, si no se cuenta con ésta, no se puede tener la capacidad de ejercicio.

En lo concerniente a la aptitud de las partes para la celebración del contrato de seguro, cabe indicar que la que nos interesa es la especie de capacidad que se requiere como elemento de validez de los actos jurídicos, que lo es la capacidad de ejercicio, concebida como aptitud específica para contratar y obligarse en los términos exigidos por la ley que —como ya se apuntó— presupone la capacidad de goce, pues en caso de faltar esta última, estaríamos en presencia de un impedimento para la integración y realización de todo acto jurídico, que tendría un objeto jurídicamente imposible, por lo que, en consecuencia, sería inexistente propia y adecuadamente hablando; en alusión a este elemento de validez la reglamentación civil expresamente dispone:

Código Civil para el Distrito Federal:

1695.- "Son hábiles para contratar todas las personas no exceptuadas por la ley".

Aplicado lo anterior al tema que nos interesa, en cuanto a la capacidad de las partes contratantes, en primer término, respecto a la aseguradora, cabe reiterar lo

expresado con antelación en el sentido de que al considerársele como una institución o sociedad mutualista de las que conforman el sistema financiero mexicano, requiere indefectiblemente de una autorización para operar en el ramo de actividades que conforman su objetivo social, a lo que debe agregarse el hecho relativo a la exigencia legal de constituirse como una sociedad anónima, por lo que el ejercicio de sus derechos y obligaciones habrá de tener lugar a través de la representación jurídica depositada en sus órganos sociales, mandatarios y agentes, en los que a su vez es menester que cuenten con la capacidad de ejercicio para tal efecto; circunstancias las anteriores que impelen al cumplimiento de esas condiciones—referida a mayoría de edad y plenitud de facultades mentales— toda vez que al faltar, es decir, no contar o carecer de una adecuada representación, se propiciará la nulidad relativa del contrato. En cuanto al tomador del seguro —que como se ha dejado asentado—, es la persona física o moral que asume en forma directa el cumplimiento de las obligaciones que dimanán del contrato a su cargo, es menester la capacidad de ejercicio en esos mismos términos antes apuntados, referida a condiciones de mayoría de edad y discernimiento de facultades mentales.

1.4.2. Forma.

Por lo que a la forma como elemento de validez en el contrato de seguro concierne, deben tenerse por reproducidas las consideraciones vertidas en el apartado relativo a la determinación de su consensualidad, es decir, se reitera que este acto jurídico es consensual en el sentido de no requerir para su integración de formalidad alguna, y que la póliza que expide la aseguradora en la cual se hacen constar todos los pormenores del seguro es un mero elemento probatorio de la relación contractual.

1.4.2.1 Póliza y condiciones generales del contrato de seguro.

La consensualidad del contrato no obliga, como hemos venido analizando, a la existencia de alguna formalidad especial, solamente se requiere de la póliza para efectos probatorios de la relación contractual.

Conviene hacer un breve repaso de lo que implica tanto la póliza como sus condiciones generales del contrato de seguro, ya que se han visto resoluciones en las cuales absurdamente autoridades judiciales—tanto federales como locales—estiman que la póliza y las condiciones del contrato son elementos desvinculados que no tienen relación alguna entre ellos; destacando de estas absurdas resoluciones una de ellas tomadas por un Juez de lo Civil en la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, respaldada por la Primera Sala de lo Civil del Supremo Tribunal del Estado de Tamaulipas, en la cual ambas autoridades llegan a la conclusión de que las condiciones generales solo son un “folleto” sin valor probatorio de ninguna especie.

La póliza y condiciones generales del contrato en conjunto forman la totalidad del contrato de seguro.

El artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro refieren los requisitos que debe reunir la póliza.

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 debe contener:

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

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

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.

La póliza o la prueba confesional son el único modo de comprobar la existencia de la relación contractual.

Al respecto Díaz Bravo refiere lo siguiente: "De lo dicho en páginas anteriores resulta con toda claridad que, sin perjuicio del carácter consensual del contrato de seguro, la póliza configura su manifestación escrita y la prueba, por excelencia, de su celebración; en consecuencia su entrega al tomador constituye una de las principales obligaciones del asegurador".

Oscar Vásquez del Mercado da una definición de la póliza del seguro al establecer: "La póliza es el documento principal del contrato de seguro y consiste precisamente en un escrito redactado comúnmente por el asegurador, impreso y aprobado en su contenido por la autoridad"⁹⁶

Los términos de la póliza pueden ser variados ya que de acuerdo con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el tomador del seguro tiene treinta días para poder solicitar la corrección de los términos en que fue expedida la póliza, para el caso de que no se haga uso del derecho contenido en el citado dispositivo se entiende que los términos en que fue expedida la póliza son correctos.

La póliza, como es sabido por todos, sólo contiene los datos referidos en el artículo 20 de la Ley, es decir, no ofrece dato adicional explicativo sobre las coberturas, como deben ser entendidas estas, periodos de gracia, competencia, gastos cubiertos, exclusiones y demás datos específicos que aparecen en las llamadas condiciones generales del contrato de seguro.

Las condiciones generales del contrato de seguro podemos entenderlas como el clausulado mismo del contrato, teniendo una especial importancia reconocida en la ley a través de los artículos 36 fracciones III y IV, 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualitas de Seguros, numerales que ponen de relieve la importancia de estos documentos.

⁹⁶ Vásquez del Mercado, Oscar. ob. cit. pág 289.

Existen criterios sustentados por nuestros más altos Tribunales en donde también destacan la importancia de las condiciones generales de los contratos, a continuación transcribo algunos de ellos.

INTERES MORATORIO. PROCEDENTE, EN VEZ DEL LEGAL, EL PACTADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO BASE DE LA ACCION.

Cuando en un juicio se reclama el pago indemnizatorio correspondiente al beneficiario de una póliza de seguro de vida, así como el interés moratorio anual equivalente a la medida aritmética de las tasas de rendimiento brutas correspondientes a las series de certificados de la Tesorería de la Federación (CETES) emitidos durante el lapso de mora; pero además se aprecia que efectivamente la compañía de seguros en las condiciones generales del contrato respectivo se obligó a pagar al asegurado o a su beneficiario en vez del interés legal, un interés moratorio anual equivalente al que

se ha precisado, en caso de que la aseguradora no cumpliera con su obligación de pagar la indemnización respectiva, en términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, resulta incuestionable que debe decretarse el pago del interés en los términos que se demandó.

Octava Epoca. Instancia: Tercer Tribunal Colegiado En Materia Civil Del Primer Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XII-Julio. Página: 233. Amparo directo 1573/93. María de Jesús Alcántara Mejía viuda de González. 31 de marzo de

1993. Unanimidad de votos. Ponente: José Becerra Santiago. Secretario: Miguel Vélez Martínez.

CONTRATO DE SEGURO. LA CONSECUENCIA DEL RIESGO ASEGURADO DEBE CUBRIRLO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

Si la compañía de seguros negó el pago de una reclamación apoyándose en el hecho de que el siniestro no estaba cubierto por las condiciones generales del contrato de seguros contenido en la póliza respectiva, haciendo consistir el siniestro en la forma en que éste aconteció y no por sus consecuencias, debe llegarse a la conclusión que la negativa es infundada. Los artículos 1o. y 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, respectivamente, dicen: "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" y

"La empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos". De la exégesis de los preceptos transcritos se obtiene: Que el contrato de seguro nace de una relación contractual entre dos personas, moral una, la aseguradora, y moral o física la otra, el asegurado; que el citado contrato consensual impone obligaciones y derechos recíprocos a las partes que lo celebran; la

aseguradora a resarcir un daño o pagar una suma de dinero, la asegurada a cubrir una cantidad de dinero denominada prima; que la obligación de la aseguradora se actualiza cuando se produce el hecho previsto en el contrato, el cual podrá referirse a alguna de las operaciones que establece el artículo 7o. de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como son: de vida, accidentes y enfermedades y daños en alguna o algunas de las ramas siguientes: a) Responsabilidad civil y Riesgos profesionales; b) Marítimo y transportes; c) Incendio; d) Agrícola; e) Automóviles; f) Crédito; g) Diversos y h) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si en el caso el contrato celebrado se refirió al riesgo de daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa, al darse la eventualidad prevista en el contrato de seguro, el daño al vehículo, y estar cubierta la prima, era obligación de la compañía de seguros pagar el daño contratado. Es necesario distinguir entre el objeto del contrato de seguro y las causas que pueden actualizar el citado objeto; así un contrato de vida tiene por objeto cubrir la muerte del asegurado, las causas de la muerte pueden ser varias; por tanto, al darse la eventualidad y no encontrarse en alguna de las exclusiones que expresamente deben estar consignadas en el contrato, la aseguradora asume la obligación de cubrir la cantidad contratada; en el caso, el objeto del contrato fue los posibles daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la

sociedad quejosa; ahora, tomando en consideración que el contrato de seguro tiene la característica de circunstancial, las causas que enumera la póliza deben ser estimadas como meramente enunciativas y no limitativas, puesto que las limitaciones se establecen en las exclusiones; todo lo expuesto se obtiene de lo que dispone el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguros ya transcrito, pues en él queda señalado que la empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo; esto es, la aseguradora se obliga a pagar todo lo que pueda ocurrir, sobrevenir o pasar siempre que tenga el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hubieran asegurado. Octava Epoca. Cuarto Tribunal Colegiado En Materia Administrativa Del Primer Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XIII-Junio. Página: 544. Amparo en revisión 1684/93. Telealambros y Manufacturas, S.A. de C.V. 3 de noviembre de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: Hilario Bárcenas Chávez. Secretaria: Elsa Fernández Martínez.

SEGURO CONTRA ROBO CON VIOLENCIA. DEBE ESTIMARSE REALIZADO EL SINIESTRO CUANDO SE DEJEN HUELLAS DE VIOLENCIA EN CUALQUIER PARTE DE LA NEGOCIACION ASEGURADA, SI EN LA POLIZA NO SE PACTA QUE TALES HUELLAS SE DEJEN EN EL LUGAR POR DONDE SE PENETRE O INTENTE

PENETRAR. Si en una cláusula de la póliza se pacta que el seguro cubrirá exclusivamente los daños materiales causados a bienes inmuebles o muebles o la pérdida de estos últimos por robo, perpetrado por cualesquiera persona o personas que, haciendo uso de la violencia en las cosas, dejen en el lugar donde se penetre o intente penetrar señales visibles de tal violencia, debe entenderse, conforme a la literalidad de dicha cláusula, que existe robo con violencia cuando al cometerse el hurto se dejen huellas visibles de esa violencia en cualquier parte de la negociación asegurada, no indispensablemente en el lugar por donde se penetró o intentó penetrar, pues conforme al artículo 1852 del Código Civil: "Cualquiera que sea la generalidad en los términos de un contrato, no deberán entenderse comprendidos en él cosas distintas y casos diferentes de aquellos sobre los que los interesados se propusieron contratar".

Séptima Epoca, Primer Tribunal Colegiado En Materia Civil Del Primer Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: 103-108 Sexta Parte, Página: 209. Amparo directo 599/76. Seguros Progreso, S. A. 11 de julio de 1977. Unanimidad de votos. Ponente: Luz María Perdomo Juvera.

SEGURO, CONTRATO DE. LA CONDICION DE INDISPUTABILIDAD DE LA POLIZA SEÑALA UN TERMINO DE CADUCIDAD Y NO DE PRESCRIPCION. Si el plazo de disputabilidad del

contrato de seguro, señalado en la llamada cláusula de indisputabilidad, abrevia el plazo de prescripción señalado en la ley, en cuanto que señala dos años a partir de la fecha de vigencia del contrato y no del día en que la aseguradora haya tenido conocimiento de la omisión, falsa o inexacta declaración del asegurado al describir el riesgo, lógica y jurídicamente se debe concluir que, si dicho pacto estableciera un plazo de prescripción, sería nulo; y como las condiciones generales de la póliza de seguro deben interpretarse las unas por las otras, de manera que se haga posible su objeto, es preciso concluir que el mencionado pacto o condición de indisputabilidad de la póliza, señala un término de caducidad y no de prescripción. Séptima Epoca, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, 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.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las condiciones generales son el clausulado del contrato, ya que en las mismas se encuentran las definiciones de las coberturas pactadas en la póliza, se encuentra también cuales son las exclusiones previstas para la contratación, gastos cubiertos, explicación de los trámites de pago por vía reembolso o pago directo, el instructivo del trámite de reclamaciones y así una serie de detalles que siempre conviene atender al realizar una contratación de seguros.

1.4.2.1.1. La póliza como título ejecutivo.

Con las reformas del Código de Comercio del año de 1996 se vio afectado el artículo 1391 del referido ordenamiento jurídico, dispositivo que hace referencia a cuales son los documentos que traen aparejada ejecución.

Código de Comercio

1391.- "El procedimiento ejecutivo tiene lugar cuando la demanda se funda en documento que traiga aparejada ejecución.

Traen aparejada ejecución:

V.- Las pólizas de seguros conforme a la ley de la materia.

Anteriormente la póliza ya había sido considerada como un título ejecutivo, siendo motivo de quitarle ese grado en virtud de que el artículo anterior hacía referencia a que las pólizas llevaban aparejada ejecución en los términos del artículo 441 del Código de Comercio siendo derogado este, el 1391 en cuanto a la póliza siguió su misma suerte; pero desafortunadamente se retoma esa circunstancia y se incluye equivocadamente a la póliza dentro del catálogo de los documentos que traen aparejada ejecución.

El hecho de que la póliza haya sido considerada dentro de los documentos referidos en el artículo 1391 del Código de Comercio abre la posibilidad de que se inicien procedimientos en la vía ejecutiva mercantil en contra de las instituciones de seguros, lo cual trae como consecuencia que se dicte primero un auto de exequendo, es decir, se lleve a cabo un secuestro y posteriormente se siga con el procedimiento.

El establecer la vía ejecutiva en contra de las empresas es equivocado, ya que confronta el principio establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que refiere a las instituciones como empresas de comprobada solvencia, de acuerdo con el artículo 14 de la citada ley, el cual señala: "Mientras las instituciones y sociedades mutualistas de seguros no sean puestas en liquidación o

declaradas en quiebra, se considerarán de acreditada solvencia y no estarán obligadas, por tanto, a constituir depósitos o fianzas legales, hecha excepción de las responsabilidades que puedan derivarles de juicios laborales, de amparo o por créditos fiscales.”

La reforma del artículo 1391 del Código de Comercio la considero como desafortunada, toda vez que es un error estimar la póliza de seguro como un documento que trae aparejada ejecución, esto en virtud de que no llena los requisitos de un título ejecutivo.

La póliza no reúne los requisitos establecidos por la Doctrina y la Jurisprudencia para que traiga aparejada ejecución. Así es, el título ejecutivo es un documento que debe contener la prueba de una obligación, por regla general patrimonial y además ha de ser líquida y exigible en el momento en que se inicie el juicio. Naturalmente que la obligación declarada en el título deberá constituir un crédito a favor del actor y en contra del demandado. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (Semanario Judicial de la Federación, tomo XXXIV, página 2113) ha establecido que el Juicio Ejecutivo Mercantil no se dirige a declarar derechos dudosos o controvertidos sino a llevar a efecto los que se hayan reconocido por actos o en títulos de tal fuerza que constituyan una vehemente presunción de que el derecho del actor es legítimo y esta suficientemente probado para que sea desde luego atendido, siendo necesario que en el título se consigne la existencia del crédito que este sea cierto, líquido y exigible, y finalmente que en el título conste que el ejecutante sea acreedor, el ejecutado sea deudor y que la prestación que se exige sea precisamente la debida.

De la ejecutoria que hemos referido se resumen las principales características que debe contener el título ejecutivo: a) Un crédito cierto, es decir, un crédito presuncionalmente existente, no dudoso o con apariencia de controvertido, recuérdese que la existencia del título de crédito implica contar con una prueba preconstituída, de la existencia de un crédito a favor de quien tiene el documento, es la llamada característica de incorporación. La doctrina afirma que no serían créditos ciertos los

basados en derechos eventuales o subordinados al cumplimiento de obligaciones correspondientes (contraprestaciones); b) Crédito líquido.- El Código Civil define la deuda líquida como aquella cuya cuantía se haya determinada o pueda determinarse dentro del plazo de nueve días, pero indudablemente la liquidez debe resultar del propio título ejecutivo para despachar ejecución; c) Crédito exigible.- La exigibilidad del crédito debe entenderse como ausencia de cualquier término o condición suspensiva que limite la posibilidad de exigir el cumplimiento de la obligación, al momento de ejecutarse la acción.

Así pues, no basta que se incluya en la nómina de los documentos que traen aparejada ejecución para que la póliza se considere como tal, ya que estamos frente un documento que no reúne los requisitos de certeza, liquidez y exigibilidad que son requeridos para considerar como títulos ejecutivos.

Las pólizas de seguros conforme a la ley de la materia a que se refiere la fracción V del citado artículo 1391 del Código de Comercio en vigor, no traen aparejada ejecución por que no contienen un derecho indiscutible, pues conforme al artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro en las pólizas solamente constan los derechos y obligaciones de las partes, por lo que dicho documento no trae aparejada ejecución.

El crédito derivado del contrato de seguro nace al momento de la realización del siniestro en los términos del artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pero debe tomarse en cuenta que aun en el caso de la realización de éste y de que el asegurado o beneficiario tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por el contrato, además de la obligación de ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora, debe tenerse en cuenta que en el seguro la empresa solo responde por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurado, por lo que la póliza de seguro conforme a la ley de la materia no reúne los requisitos de certeza, liquidez y exigibilidad y su inclusión en la nomina de los documentos que traen aparejada ejecución a que se refiere el artículo 1391 fracción V del Código de Comercio es incorrecto.

En cuanto a la referencia sobre la suma asegurada hecha en el párrafo anterior debemos abundar que ésta es el límite de la responsabilidad de la empresa frente al asegurado, lo cual implica que no siempre se dispondrá de toda, sino que puede ser la mitad o una fracción del total, lo cual implica que el crédito derivado de la póliza no es líquido, ni mucho menos exigible, ya que debe en todo momento determinarse el valor de la pérdida.

La póliza sólo muestra la existencia del contrato, ya que recordemos al ser este consensual, la póliza sirve nada más para la comprobación de la relación contractual en los términos de los artículos 19 y 20 de la Ley, pero la exhibición de la póliza no demuestra la existencia del crédito derivado del contrato.

La presentación de una póliza en un procedimiento contencioso no puede ni debe generar la iniciación de la instancia a través de la vía ejecutiva mercantil, ya que la presentación de la póliza, es decir, la comprobación de la existencia del contrato es solo la demostración de la relación contractual, empero faltaría definitivamente la valorización de los daños causados, si estuviésemos frente al seguro de daños; o en su caso la investigación correspondiente en el caso del seguro de vida, lo cual lleva de nueva cuenta a la conclusión de que es equivocado el haber incluido a la póliza en los documentos listados en el artículo 1391 del Código de Comercio.

La inclusión de la póliza en el artículo 1391 del Código de Comercio hizo necesario que se presentarán por las instituciones de seguros los amparos correspondientes⁹⁷ siendo resuelta esta problemática al ordenar las autoridades federales que no eran procedentes las demandas de amparo promovidas, ya que el dispositivo era de carácter heteroaplicativo.

⁹⁷ Es conveniente comentar que en el Estado de Nuevo León no se han presentado demandas en la vía ejecutiva mercantil, solo se han dado dos casos en los años de 1998 y 2001 en la Ciudad de Saltillo, Coahuila.

SEGUROS EL ARTICULO 1391 FRACCIONES V Y VI DEL CODIGO DE COMERCIO, QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO EJECUTIVO CON BASE EN DOCUMENTOS QUE TRAEN APAREJADA EJECUCION, ES HETEROAPLICATIVO. Esa disposición legal,

relativa a la procedencia del juicio ejecutivo mercantil, establece que ésta se actualiza cuando se funda en un documento que trae aparejada ejecución y precisa que tienen ese carácter entre otros documentos, las pólizas de seguros (fracción V), y la decisión de los peritos designados en los seguros para fijar el importe del siniestro, según la ley de la materia (fracción VI); de lo que se sigue que la hipótesis que tal precepto legal prevé se actualiza con cualquier acto que de origen a la tramitación de un juicio ejecutivo mercantil, que tenga como sustento uno de los documentos a los que se les otorga la característica de traer aparejada ejecución;

luego, es hasta la tramitación de éste cuando la norma jurídica impugnada es capaz de generar, en su caso, algún perjuicio que legitime al afectado a ejercitar la acción constitucional en su contra.

Novena Epoca. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo V, marzo de 1997. Tesis 2ª.XXXII, pág. 492, Amparo en Revisión 3103/96, Seguros Génesis, S.A., 5 de marzo de 1997. Cinco Votos. Ponente: Mariano Azuela Güitrón. Secretaria: Mercedes Rodarte Magdaleno.

1.4.2.1.2. Las condiciones generales de la contratación en la práctica forense.

Puede resultar difícil de comprender, pero existe a la fecha una tendencia en la práctica forense en la cual los litigantes niegan sistemática la aplicación de las condiciones generales de las contrataciones de seguro.

Al iniciar una demanda en contra una institución de seguros se debe acompañar el documento base de la acción, el cual indudablemente es el contrato de seguro, empero se ha estilado el acompañar a la demanda sólo la póliza sin las condiciones generales de la contratación.

Al ser notificada la demanda a la institución, esta produce su contestación tomando como principal base de su defensa el rechazo de la reclamación sustentado precisamente en las condiciones generales de la contratación, mismas que se aportan al procedimiento como prueba de su intención.

El asegurado, a través de sus abogados, sistemáticamente niega la aplicación de las condiciones generales y hasta inclusive hay procedimientos en que se niega su existencia, la finalidad de esta maniobra no es otra más que orillar al juez a tener como cierto únicamente las coberturas establecidas en la carátula de la póliza sin que conozca la definición o alcance de ellas, lo cual implica que no conozca la totalidad de la problemática que se le esta poniendo a su consideración.

La institución de seguros se ve forzada a realizar una serie de pruebas tendientes a demostrar la existencia de las condiciones generales de la contratación, así como la aplicación de las mismas al documento base de la acción, lo cual en mi opinión viene a ser un garrafal error, ya que no se debe orillar a las empresas a pasar por este proceso probatorio arduo y realmente difícil, ya que ni tan siquiera se debió admitir la demanda, toda vez que no se acompañó la totalidad del documento base de la acción, que es la póliza y sus condiciones.

La problemática, estimo, que es propiciada por las mismas instituciones de seguros, quienes no se preocupan en hacer la entrega directamente a los asegurados de las condiciones generales del contrato, sino que la entrega se verifica a través de los agentes de seguros, a quienes tampoco se les exige recabar la firma del asegurado, o tan siquiera la firma de la persona que reciba la póliza junto con sus condiciones, de esto que resulte muy sencillo la negación de ellas en un procedimiento contencioso.

En igual manera es de mencionarse que no existe una referencia expresa de las condiciones generales del contrato a la póliza que le son aplicables, lo cual es entendible ya que el contrato de seguro es un contrato en masa, es decir, es materialmente imposible que exista una referencia individual de cada libreto de condiciones generales a la póliza.

Hemos tratado de resolver el escollo en que indebidamente se nos mete, mediante pruebas indirectas tendientes a robustecer la eficacia de las condiciones generales de la contratación, pruebas tales como la testimonial de los agentes de seguros donde confirman la entrega de las condiciones —prueba difícil de recabar dado que regularmente el agente guarda relación de amistad con el asegurado— testimonial de autoridades tales como Delegado de la CONDUSEF, Delegados y funcionarios de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como una extensa confesional del asegurado.

Los alegatos vertidos en este sentido son ampliamente expresados a la autoridad, ante quien evidenciamos la relevancia de las condiciones para cada una de las partes inmersas en la contratación.

Tristemente a pesar de todos los esfuerzos hechos en los procedimientos, así como de asistir el derecho a las instituciones de seguros, absurdamente tenemos juicios con sentencias condenatorias habiéndose negado la existencia de las condiciones generales del contrato de seguro, siendo muy desventurado esto ya que nos deja en la reflexión de si el fallo obedece a desconocimiento de la autoridad o a intereses particulares, supuestos ambos igual de nefastos.

1.4.3 Ausencia de vicios de la voluntad.

Ahora bien, como todo contrato, el de seguro requiere igualmente que las voluntades de sus partes no se encuentren afectadas en el momento de su celebración por vicio alguno, que de haber sido de su conocimiento en forma oportuna hubiere influido en la determinación de no celebrarlo; lo anterior sucede y puede ser atribuible a esas actitudes de carácter subjetivo que guardan relación con la noción que se tenga respecto a una realidad, que son el *error*, la *mala fe*, el *dolo* y la *violencia*; mismos que necesariamente deben vincularse con ese factor predominante en el contrato de seguro, que lo es la buena fe que debe existir en sus partes contratantes, conforme se ha advertido con antelación; por lo que en esa claridad de ideas, se requiere de una referencia acerca de los mismos.

Con relación a lo expresado con antelación, cabe señalar que al caracterizarse el contrato de seguro como una concertación en la que debe imperar la buena fe de sus partes desempeñando un papel o rol de primerísimo orden, y considerar que la significación de dicho concepto debe obtenerse por exclusión y oposición a los vicios que pudieren afectar a la voluntad de los contratantes, el conocimiento que de éstos se debe tener, también resulta de importancia fundamental.

De manera previa a ese análisis de los vicios de la voluntad aplicados al contrato de seguro, nos permitimos transcribir los criterios siguientes, que indudablemente nos auxilian en la obtención de una claridad de conceptos:

SEGURO, NULIDAD POR VICIOS DEL CONSENTIMIENTO EN EL CONTRATO DE. ES APLICABLE SUPLETORIAMENTE EL CODIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL.- El contrato de seguro es un contrato mercantil que se rige por la ley sobre el contrato de seguro, y en defecto de disposición expresa en ésta, por el Código de

Comercio, el que a su vez lo suple el código civil, de acuerdo con el artículo 81 del Código de Comercio; y como el contrato de seguro requiere necesariamente para su existencia que haya objeto y consentimiento, al no haber disposiciones expresas en la ley especial de seguros ni en el código de comercio sobre el elemento consentimiento, es claro que debe acudirse al código civil, debe tenerse en cuenta que en el contrato de seguro la buena fe es elemento esencial para su celebración, y de allí se desprende la importancia que en un caso concreto puedan tener los vicios de la voluntad para otorgar un seguro; por ello, la ley le otorga singular trascendencia a las declaraciones que el solicitante de un seguro formula a la empresa aseguradora, declaraciones sustanciales y que forman parte de los requisitos que determinan que ésta acepte o no celebrar el contrato de seguro, previendo la misma ley sobre el contrato de seguro una sanción rigurosa para el caso de que el solicitante declare falsamente, ya sea por error, omisión o dolo, en términos de los artículos 1o. 8o. y relativos de la propia ley, y que consiste en la rescisión de pleno derecho del contrato, lo que no impide que pueda acudirse al código civil para invocar la nulidad por los vicios del consentimiento que puedan existir en la celebración del contrato de seguro y que no estén perfectamente determinados en la ley sobre el contrato de seguro. y si el asegurado incurre en omisiones, falsas e inexactas declaraciones en sus solicitudes para obtener las pólizas de seguros, al no manifestar sus

verdaderas actividades, y esa actitud dolosa determina que la aseguradora celebre el contrato influida por el error en que lo hace caer el asegurado, al provocar que tenga aquella una equivocada apreciación del riesgo que está asegurando, y al existir tal error en su voluntad, se encuentra en aptitud de invocar la nulidad del contrato de seguro. así pues, en este punto sí es aplicable supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal.

Séptima Epoca. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 175-180 Cuarta Parte. Página: 203.

VICIOS DE CONSENTIMIENTO.- El error, el dolo, la intimidación o la violencia, son instituciones del derecho que pueden viciar el consentimiento, o más ampliamente, la voluntad. En todos estos casos el consentimiento existe, sólo que se encuentra viciado, por no haberse emitido inteligentemente. El error es una creencia no conforme con la verdad, y el dolo, en rigor, es tan sólo el error que sufre un contratante, por artes del otro o de un tercero, en connivencia con este, quienes pueden concretarse, además a mantenerlo en el que aquél por sí mismo incurrió. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Epoca: 7ª. Volumen: 57. Parte: Cuarta. Página: 25.

La manera como inciden los vicios de la voluntad en el contrato de seguro, ya ha sido analizado con anterioridad, razón por la que no es conveniente ocuparnos de nueva cuenta de ello.

CAPITULO TERCERO

SEGURO DE PERSONAS

1.- Contrato de Seguro de Personas.

Una vez vistas las referencias anteriores en los capítulos primero y segundo, las cuales se requerían para el mejor entendimiento de esta investigación procederemos ahora al tratamiento de los temas motivo del presente trabajo.

A modo de preparación del primero de los objetivos trazados en esta investigación —la subrogación en el seguro de gastos médicos— conviene ir ubicándonos en el campo contextual jurídico de la misma.

1.1. Naturaleza y Concepto del Seguro de Personas.

El concepto del seguro de personas se encuentra en el artículo 151 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual señala *"El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital"* de éste marco referencial encontramos entrelazados complejos elementos conjuntados en el concepto de riesgo con salud o vigor vital e indemnización.

Como se puede apreciar del título tenemos que tratar la naturaleza y el concepto de seguro de personas, y el hecho de haber mencionado primero el concepto no es producto de la casualidad, ya que estimé pertinente primero establecer que debíamos entender por seguro de personas y posteriormente entrar al estudio de la naturaleza del mismo.

Para poder fijar el concepto del contrato de seguro de personas resulta indispensable atender a la parte general del contrato de seguro, es decir a la definición

que ofrece el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cual señala que por medio del pago de una prima, la empresa aseguradora se obliga al resarcimiento de un daño o al pago de una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, en tal tesitura debemos resaltar una de las principales esencias del contrato y esta es precisamente que el seguro no reviste un fin de lucro, sino es meramente resarcitorio.

Ante tal concepto, para lograr una mejor comprensión de la naturaleza del contrato de seguro de personas, es menester hacer un señalamiento sobre las características que definen esta generalidad del contrato de seguro, aterrizándolas desde luego en el de personas, así pues tenemos que desdoblaremos el presente estudio en apartados, tales como: Interés Asegurable, Monto Asegurable, Carácter Indemnizatorio, todo referente al seguro de personas, ya que estos conceptos fueron analizados con antelación aplicados al contrato de seguro en forma general.

Es de interés retomar los conceptos aludidos en el párrafo anterior ya que como se apuntó desde el primero de los capítulos de ésta investigación los conceptos derivados de la contratación del seguro revisten muy diversos aspectos y definiciones que hace, como dijimos, necesario establecer esos conceptos en el campo que se han de apreciar.

1.1.1. Interés Asegurable en el seguro de personas.

Largas han sido las discusiones sobre éste aspecto del seguro de personas, ha sido mucha la tinta que ha corrido en libros, revistas, publicaciones, ponencias, sobre una sencilla pregunta ¿Existe el interés asegurable en el seguro de personas?, la razón de ser de este cuestionamiento estriba en que el seguro de personas trata con valores supremos en la vida del hombre, por lo tanto siempre se ha cuestionado sobre si estos valores tienen un precio, o modo de cuantificar que haga posible la existencia de este interés.

Díaz Bravo al respecto del seguro de personas opina: “La circunstancia de que el riesgo apunte ya no a intereses puramente económicos, sino a valores de rango supremo, como lo son la existencia, la integridad y la salud humanas, es factor determinante de una serie de disposiciones especiales para las diversas formas del seguro de personas. Quizá la más importante sea relativa a la inexistencia del interés asegurable y, por tanto, del principio indemnitario, característicos del seguro de daños”⁹⁸

En mi opinión, desde luego que existe el interés asegurable en el seguro de personas, mismo que hay que aclarar no lo debemos entender en el molde del seguro contra los daños, ya que sobre éste sería muy difícil arribar a la conclusión obtenida. La existencia del interés asegurable en el seguro de personas lo podemos encontrar en que el asegurado tiene el interés de salvaguardar su patrimonio cuando sobrevenga una enfermedad, o de igual forma el interés asegurable que puede haber en el seguro de vida cuando el asegurado pretende conservar para su beneficiario el estado de vida que tenía.

La misma costumbre y desarrollo de la sociedad nos ha venido enseñando a manejar los seguros de personas desde muy diferentes aspectos, pero siempre encaminados a dejar ese velo de protección hacia la persona, ya sea para su patrimonio como vivo o posterior a su muerte, siempre el seguro ha respondido a esa necesidad trascendental del hombre que es la protección ante los eventos que están fuera de su control, como lo es la propia naturaleza, de ahí que diga y que insista tanto en que el seguro de persona debe ser visto en su propia dimensión, como producto a las necesidades de un ente cambiante y demandante como es la sociedad

El hecho de que el seguro de personas trate de valores supremos, es por lo que se han venido desprendiendo todas estas discusiones ya que existen tratadistas partidarios —principalmente Díaz Bravo— de que no existe el interés asegurable en este tipo de seguros. Los principales detonadores de estas disertaciones son el hecho

⁹⁸ Díaz Bravo, Arturo. Ob. cit. pág 165.

de que éste seguro atiende a valores supremos de la persona, por lo tanto se hacen preguntas como ¿la muerte es un daño? ¿cuanto vale la salud de la persona? ¿con cuanto dinero restituyes una pérdida de un brazo?, así pudiéramos ir enumerando cuestionamientos, que la verdad en mi opinión vienen a ser conceptos que se apartan mucho de la objetividad que debe imperar en la ciencia del derecho, con esto quiero decir, que si cuestionamos a la institución del seguro de personas desde el campo de la moral o la religión, de verdad que no tendría cabida en la legislación, ni tan siquiera como supuesto, por el ejemplo, el seguro de vida, ya que en realidad este es un seguro de muerte, luego entonces que tiene de moral el beneficiarse con la muerte de una persona. Precisamente por estas incansables discusiones sugiero siempre atender a las necesidades de la vida diaria, ya que de esta van naciendo o haciéndose conductas que la ley se debe ocupar de regular mejor o de contemplar y esto precisamente, es lo que se da en el campo del seguro de personas, existió la necesidad de concebir este concepto y se tuvo que dar, aun y por encima de cualquier cuestionamiento moral.

Podemos concluir afirmando categóricamente que sí existe el interés asegurable en el seguro de personas y, este se refiere a la necesidad que tiene el asegurado de no ver diezmado su patrimonio, o en su caso conservar el mismo nivel de vida que tenía su familia.

1.1.2. Monto o suma asegurable en el seguro de personas.

La nota referente al monto o suma asegurable dentro del contrato de seguro de las personas reviste particularidades —la cual se origina por las disquisiciones referidas en el número anterior— mismas que distan mucho de las aplicables al seguro en lo general, por lo que conviene su tratamiento vista desde el contrato que estamos comentando, el de personas.

El aspecto referente al monto asegurable se refiere al límite de responsabilidad de la compañía aseguradora. En este aspecto de nueva cuenta nos topamos con los puntos de vista moralistas, ajenos completamente a la objetividad de la contratación y

refiero así de esta forma ya que la problemática se centra por ejemplo en como se puede tasar el valor de una vida, o cuanto vale realmente la pérdida de un miembro que ocasiona la incapacidad de una persona.

En verdad que resulta difícil poder establecer que sumas de dinero se han de pagar en el caso de seguro de personas, empero, estimo que en este aspecto debemos de atender al principio general que consagra la libre voluntad de las partes, es decir, que tanto el contratante como la empresa sean quienes fijen los montos indemnizables, de tal suerte tendremos que así se respeta la naturaleza propia del contrato de seguro, ya que las sumas aseguradas serán fijadas de acuerdo a las necesidades mismas de la persona que este haciendo la oferta de aseguramiento, necesidades que se ven determinadas por circunstancias de la vida del proponente, el tipo de profesional de la salud que prefiera lo atienda, así diversos lineamientos que solo a él le marcarán las necesidades de su aseguramiento.

1.1.3. Carácter Indemnizatorio del seguro de personas.

Como hemos visto, los fines del contrato son meramente resarcitorios no con fin de lucro para el asegurado. Este aspecto se da plenamente en el seguro de personas.

El carácter resarcitorio de éste contrato salta a la vista, ya que en todos los casos lo que se busca es no ver demeritado el patrimonio al atender una siniestro, por ejemplo no ver diezmado el peculio del asegurado al enfrentar una larga enfermedad, de igual forma en el seguro de vida lo que se busca es que al momento de fallecer el asegurado los beneficiarios no queden desamparados ante esta falta, ni que decir del seguro de accidentes, por lo que es contundente la aseveración que debo manifestar en el sentido de que el seguro de personas es con finalidad resarcitoria. Aclaro que éste concepto de ser resarcitorio el seguro de personas, se hace con la debida reserva ya que desde luego ninguna suma de dinero podrá restituir al ser querido que ha fallecido o la salud de la persona.

Con todo lo anterior podemos ahora si referirnos a la naturaleza del contrato de seguro de personas, cifrando esta en la necesidad del asegurado de proteger su patrimonio frente a una enfermedad o incapacidad y en caso de muerte conservar el nivel de vida del beneficiario, o no dejar a éste en una situación económica desventajosa.

Insistimos, este tipo de seguro no puede ser visto a través de la formula del seguro de los daños o del seguro en general, debemos referirnos al seguro de personas como lo es tal, en su propia naturaleza e independencia.

1.2. Clasificación del contrato de seguro de personas.

El seguro de personas puede ser dividido en tres grandes rubros que son

1.2.1 Seguro de Vida

1.2.2 Seguro de accidentes y enfermedades

1.2.3 Seguro de salud

1.2.1 Seguro de Vida.

Este tipo de seguro tiene su marco legal en el artículo 8° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el cual menciona que los seguros de vida son los que tienen como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia.

En forma concisa pudiéramos señalar como definición de seguro de vida, aquél por medio del cual a través del pago de una prima, la empresa aseguradora se obliga a entregar al beneficiario señalado en la póliza o a la sucesión del asegurado o del beneficiario, el monto pactado como indemnización por causa de su muerte.

Es conveniente preguntarnos ¿Que interés persigue este tipo de aseguramiento? esta pregunta la podemos contestar con otra, la cual sería ¿cuanto tiempo voy a vivir?, esta interrogante desde luego que nos paraliza y empezamos inmediatamente a realizar un recuento de lo que quisiéramos dejar arreglado, como es la estabilidad de la familia, el buen curso de los negocios, el pago de deudas. Precisamente, esto es lo que se busca proteger con el seguro de vida, reducir la incertidumbre que se origina con las contingencias naturales como lo es la vejez o muerte.

Como notas distintivas de este tipo de seguro debemos señalar que él mismo puede ser contratado por una persona que no haya de ser el asegurado, quien puede asegurar a otra persona por interés del tercero mismo, en su favor o de otra persona, para lo cual se requiere autorización de esta tercera persona, misma que deberá ser efectuada por escrito antes de la celebración del contrato con el especial señalamiento del monto de la suma asegurada. Queda prohibida la contratación de un seguro de vida para un menor de 12 años o sobre la vida de una persona sujeta a interdicción, en caso de requerir uno para una persona que rebase esta edad, pero que aun no tenga la mayoría debe ser contratado con la autorización del padre o tutor, así como la del menor mismo.

En atención al beneficio que acarrea el acontecimiento del siniestro en un seguro de vida es por lo que la ley expresamente refiere que el beneficiario quien atente contra el asegurado con la intención de hacerse acreedor a la prestación del asegurador, pierde todos sus derechos derivados del contrato. En este caso previsto por la legislación en mi opinión se debe ser mas estricto y no delimitar el atentado por el beneficiario a la sola búsqueda del beneficio, estimo que debe ser genérico, o sea, que cualquier atentado contra la vida del asegurado hecha por el beneficiario debe ser causal para perder sus derechos de acreedor.

El seguro de vida también funciona para el caso de suicidio, sólo que esta aplicación del mismo viene a ser totalmente ilógica ya que la legislación establece una regla para la operación del seguro en estos casos, siendo precisamente que si el

suicidio se da dentro del periodo de inicio de la póliza a los dos años no tiene obligación alguna de pagarse la suma convenida; empero si el suicidio se da después de dos años de la contratación de la póliza la empresa aseguradora esta obligada al pago sea cual fuere el móvil del suicidio. Decimos que esta forma de actualizar los supuestos del contrato en caso de suicidio son ilógicos, ya que no guarda razonamiento alguno que una persona con intención de atentar contra su vida maquine de esta forma las cosas, es decir, contrata el seguro y espera mas de dos años para quitarse la vida, lo cual como decimos se antoja inverosímil.

Un dato bastante curioso que quiero dejar asentado sólo para fines de estimular la curiosidad sobre estos temas. La nota distintiva del seguro es precisamente la aleatoriedad, es decir, que el riesgo es incierto, pero en el seguro de vida, el riesgo es lo más cierto que tenemos todos, la muerte, luego entonces donde quedó la aleatoriedad del seguro.

Todo el movimiento que se da en la actualidad en el mercado asegurador, especialmente en el seguro de vida, ha provocado que se originen múltiples combinaciones en éste aseguramiento que le han dado matices muy especiales, por lo que actualmente el seguro de vida, en mi opinión, lo podemos dividir en cinco grandes rubros como lo son:

1.2.1.1 Personal.

1.2.1.2 Negocios.

1.2.1.3 Supervivencia.

1.2.1.4 Alternativo.

1.2.1.5 Ahorro.

Como lo señale desde un principio la tan cambiante sociedad ha hecho necesario realizar esta serie de combinaciones, a fin de responder a las necesidades que se plantean al mercado asegurador, las cuales deben ser indudablemente

atendidas dado el rol social y económico tan importante que juega el seguro de vida en estos tiempos.

1.2.1.1. Seguro de Vida Personal.

Este tipo de contratación de seguro de vida pudiéramos aplicarla para aquellos casos en los que el contratante esta interesado en cubrir contingencias de carácter personal al momento de su fallecimiento, principalmente el bienestar de su familia, los estudios de los hijos y cuantas inseguridades puedan manifestarse por la muerte del asegurado hacía su propia persona o individuos que se correlacionan con él.

Por regla general este tipo de contratos se encuentran ya diseñados por las propias compañías de seguros —véase la característica de adhesión que posee el seguro— a fin de que según el estrato socio económico de la persona solicitante sea el rango de la prima a pagar, así como el resultado recibido, es decir, que tanto la obligación de pago de la prima como la retribución que se haya de recibir sean acordes a la posibilidades del contratante y su estatus social, laboral y nivel de vida.

1.2.1.2. Seguro de vida de negocios.

Esta derivación del contrato se refiere al interés de asegurar a la persona que juega papel de hombre clave en la empresa, es decir, quien lleva los designios o riendas de la misma, que con su fallecimiento pudiera ocasionar un sobresalto en la marcha de los negocios, de ahí que se lleve a cabo este aseguramiento, distinguiéndolo como nota característica el hecho que el producto de la indemnización sea aplicable a la empresa.

1.2.1.3 Seguro de supervivencia.

El seguro denominado de esta forma es aquél que podemos catalogar como el que paga o reporta sus beneficios en caso de que no se llegue a dar la eventualidad del contrato, es decir, paga la suma asegurada pactada si la persona no fallece.

1.2.1.4. Seguro alternativo.

Este tipo de contratos tiene su origen en una mezcla de seguro temporal con un seguro denominado dotal puro. El primero de los seguros, o sea el temporal, es aquel que por el pago de la prima, la aseguradora se obliga al fallecimiento del asegurado a pagar una suma de dinero, pero no pasa nada si el asegurado sobrevive a la temporalidad del contrato, es decir, paga a la muerte. Caso contrario sucede con el llamado dotal puro, que este seguro tiene su eficacia precisamente con la sobrevivencia del asegurado, es decir, si vive el tiempo que dure el seguro.

En la combinación de estos dos tipos de seguros es donde encontramos el que se ha dado en llamar seguro alternativo, toda vez que paga la indemnización tanto por la vida del asegurado como por su muerte. Este tipo de aseguramiento se ha utilizado mucho como instrumento de ahorro, ya que a través del mismo se ha logrado establecer una inversión, así como estar asegurado por el fallecimiento durante todo el transcurso de la póliza. Esta figura es una de las mas socorridas actualmente en el mercado asegurador.

1.2.1.5 Seguro de ahorro.

Este aseguramiento es también uno de los mas usados actualmente, ya que en el mismo podemos encontrar un beneficio que se otorga adicional a la suma asegurada al momento en que transcurra el tiempo de la contratación, podemos encontrarlo como de ahorro puro o alternativo, como ejemplo podemos mencionar los encaminados a

finos de estudios, verbigracia, aquellos sobre los cuales se esta pagando determinada cantidad hasta la mayoría de edad de alguno de los hijos y al darse esto se entrega a él un monto de dinero convenido en el aseguramiento.

La anterior forma de división es una manera en que aprecio el basto campo del seguro de vida, pero vale la pena mencionar que pueden existir muchas otras formas de clasificarlo para su estudio, ya que se puede hacer desde las prestaciones que contienen los contratos, desde el tiempo de duración, del tipo de objetivo que persiguen, si son particulares o colectivos o de grupo, empero a mi particular punto de vista estimo que esta es la manera mas sencilla de entender los alcances del seguro de vida.

1.2.2 Accidentes y enfermedades.

Este tipo de seguros por regla general siempre se ha manejado en conjunto, siendo que existe una marcada diferencia entre ellos, la cual se da en lo que origina la realización del siniestro, veamos:

En el seguro de accidentes se origina por la necesidad de protección frente a una incapacidad sobrevenida en el desempeño del trabajo que haga imposible que la persona desempeñe su labor cotidiana, impidiendo esto seguir el ritmo de vida que se proporciona con el trabajo, es decir, el riesgo cubierto en este seguro es la disminución de las facultades del asegurado.

La condicionante especial que reviste es que el accidente debe provenir de una causa externa de tal magnitud que cause un daño a la salud o cuerpo de una persona.

En el seguro contra accidentes se asegura a la persona de acuerdo al trabajo que esta desempeña y a su grado de exposición al riesgo, razón por la que es muy importante se declare con toda exactitud a la compañía aseguradora que oficios realiza el asegurado, de igual forma, si éste llega a cambiar de labor debe inmediatamente

hacerlo del conocimiento de la compañía, ya que pudiera gestarse una agravación del riesgo y producir la rescisión del contrato.

El pago de la indemnización en el seguro contra accidentes se puede realizar en la forma de capital, es decir en una sola exhibición y puede ser efectuada también en forma de renta, es decir, en exhibiciones periódicas.

Por lo que hace al seguro de enfermedades debemos mencionar que sigue las mismas generalidades del seguro de accidentes, solo que en este caso su nota distintiva es que las causas determinantes del daño no son externas ni violentas.

1.2.3. Seguro de Salud.

Por el seguro de salud debemos entender aquellos que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Este ramo no debe ser confundido con el de gastos médicos, ya que éste se refiere a los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan ocasionado por causa de un accidente o enfermedad.

Como se podrá apreciar, la diferencia entre los seguros de salud y los gastos médicos es marcada por la participación directa que tiene la empresa aseguradora, ya que en el ramo de salud se establece la prestación de servicios y en el de gastos médicos el objeto es cubrir gastos, es decir, en salud se da una participación directa y en los de gastos médicos se aparece indirectamente.

1.2.4. Seguro de gastos médicos.

El seguro de gastos médicos es aquél por medio del cual, a través del pago de la prima la compañía aseguradora se hace cargo, ya sea a través de un pago directo o de reembolso, de los gastos originados por el asegurado en virtud de la aparición de una alteración en la salud del asegurado provocada por causas anormales, internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

El día 15 de mayo del 2000 fueron expedidas las reglas para la operación del ramo de salud, creando las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud por sus siglas "ISES", estas instituciones son las autorizadas para la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos.

Estas reglas ofrecen diferenciaciones muy claras entre los seguros de accidentes y gastos médicos, toda vez que señalan:

- Su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado, sino que parte del objetivo de mantener la salud de éste mediante acciones tanto de prevención como de restauración;
- El objeto de los seguros privados o voluntarios en el ramo de salud es de prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos tanto propios o directos, como contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos, a diferencia de los otros ramos cuyo propósito es el de cubrir o rembolsar los gastos necesarios en que incurre el asegurado y;
- El ramo de salud contempla los servicios dirigidos a prevenir la salud de los asegurados mediante las acciones de fomento, a través de la detección

temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento a la salud de los asegurados.

1.3. La póliza en el seguro de personas.

La póliza tiene una trascendencia especial dentro del derecho de seguros ya que este es el único medio, además de la confesión, en que se puede probar la existencia del contrato.

En la póliza encontramos para fines prácticos todo los datos importantes del aseguramiento como lo es el tipo de plan, el número de contrato, fecha de expedición, fecha de vigencia y así una serie de datos que como les refiero resulta de importancia para las partes inmersas en el contrato, además de ser obligatorios en los términos del artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para el seguro de personas se establecen requisitos adicionales para el seguro de personas, a lo cual tenemos el artículo 153 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro refiere que además de los requisitos del artículo 20 la póliza deberá contener, el nombre completo de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro; el nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado; el acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas y los valores garantizados. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los requisitos adicionales obligados por el artículo 153 son entendibles en cuanto a su función en la póliza, ya que el primero de ellos, o sea que se ponga el nombre completo de los asegurados, es importante ya que al ser un seguro de personas pues lo menos que podemos esperar es que aparezcan los nombres de ellas; en cuanto al nombre del beneficiario tenemos que esto se da en virtud del derecho que tiene el asegurado de designar quien es la persona que disfrutará de los derechos generados por la póliza; el acontecimiento o termino del cual dependa la exigibilidad es el motivo del aseguramiento y por último, la necesidad de establecer los valores garantizados estriba en el manejo financiero que llega a tener el seguro de vida.

CAPITULO CUARTO

LA SUBROGACIÓN EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS.

1.- Concepto de seguro de gastos médicos.

Como ya lo habíamos precisado en el capítulo precedente la definición del contrato de seguro de gastos médicos es aquél por medio del cual, a través del pago de la prima la compañía aseguradora se hace cargo, ya sea a través de un pago directo o de reembolso, de los gastos originados por el asegurado en virtud de la aparición de una alteración en la salud del asegurado provocada por causas anormales, internas o externas que amerite tratamiento medico o quirúrgico.

2.- Concepto de Subrogación.

Para Manuel Bejarano Sánchez la subrogación es una manera de transmitir el crédito y substituir al acreedor, dice que subrogar significa prácticamente substituir.⁹⁹

En el Diccionario Jurídico Mexicano del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México, se define a la subrogación como un cambio en el sujeto de crédito¹⁰⁰

El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 2058 refiere a la subrogación de la siguiente forma:

⁹⁹ Bejarano Sánchez, Manuel. ob. cit. pág 429.

¹⁰⁰ Diccionario Jurídico Mexicano ob. cit. pág. 3004

2058.- "La subrogación se verifica por ministerio de la ley y sin necesidad de declaración alguna de los interesados:

- I.- Cuando el que es acreedor paga a otro acreedor preferente;
- II.- Cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación;
- III.- Cuando un heredero paga con sus bienes propios alguna deuda de la herencia; y
- IV.- Cuando el que adquiere un inmueble paga a un acreedor que tiene sobre él un crédito hipotecario anterior a la adquisición.

Existen dos tipos de subrogación, la legal y convencional. La legal es la más frecuente e importante. Esta instituida en la ley y produce efectos por el mismo derecho sin necesidad de que las partes lo declaren. La convencional, que es la útil cuando el tercero no tiene interés jurídico en el pago y que proviene de un acuerdo de voluntades, de un contrato que éste celebra: a) con el acreedor, quien acepta ser subrogado por el tercero que le está pagando el crédito, al cual le deja voluntariamente su sitio de acreedor en la relación, o bien, b) con el deudor quien permite al tercero sustituir al acreedor y aprovechar la situación de éste en la relación jurídica.

Bejarano Sánchez ofrece una diferenciación de sumo interés entre la subrogación y la cesión de derechos, la cual estimamos conveniente apuntar:

- La cesión de derechos es forzosamente un contrato. La subrogación no, salvo los casos de subrogación convencional. Por ello,
- En la cesión de derechos el acreedor siempre transmite voluntariamente su crédito al cesionario, mientras que en la subrogación legal el acreedor se ve desplazado, aun contra su voluntad, del crédito, al ser desinteresado por el pago recibido;
- En la cesión de derechos no existe forzosamente un pago (por ejemplo, la cesión gratuita) en la subrogación media forzosamente un pago. De ello se sigue que,

- En la cesión de derechos se puede sujetar a un plazo suspensivo al pago del precio. En la subrogación debe hacerse el pago, pues no existe mientras no lo hay;
- La cesión de derechos es una operación de especulación, el cesionario podrá cobrar la integridad del crédito aun cuando hubiese pagado una cantidad menor por él; el tercero subrogante sólo podrá obtener el monto del pago que efectuó y este es un efecto reconocido generalmente por los tratadistas;
- La cesión de créditos impone el cumplimiento de la forma y de las acciones publicitarias de notificación al deudor y de la fecha cierta para que produzca efectos. La subrogación no está sujeta a tales requisitos.

Los efectos de la subrogación pudiéramos referirlos de la siguiente forma:

1. Transmite el crédito del acreedor original al tercero solvente.
2. Los transfiere con todas sus garantías, vicios y limitaciones por que se trata de la misma relación jurídica.
3. Desliga y desinteresa al acreedor primitivo, aun contra su voluntad, al ser solventado su crédito
4. El acreedor original que recibe el pago de la deuda, se ve desinteresado por la satisfacción del crédito y substituido por el pago. Se le ha solventado un su crédito que tal vez el deudor no podía sufragar por el momento.

La subrogación puede ser total o parcial, siendo marcada esta nota distintiva en el uso de ella en el contrato de seguro.

2.1. Subrogación en el contrato de seguro.

En la Ley Sobre el Contrato de Seguro se prevé también la figura de la subrogación, la cual estimamos que es recogida por la legislación en comento fundamentándose en la fracción II del artículo 2058 del Código Civil para el Distrito Federal

2058.- “La subrogación se verifica por ministerio de la ley y sin necesidad de declaración alguna de los interesados:

II.- Cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación;”

Sobre el particular estimamos se funda en tal fracción dado que las instituciones aseguradoras tienen un interés jurídico en el cumplimiento de la obligación, más que interés deberíamos considerarlo como obligación principal derivada de la contratación.

La subrogación en la Ley Sobre el Contrato de Seguros es recogida en el artículo 111, el cual señala:

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

La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente”

Es destacable la importancia que le otorga el legislador a la posibilidad de subrogación de la empresa aseguradora, ya que el hecho de impedirla permite a la institución desligarse de sus obligaciones, es decir, la sanción para el asegurado es de tal dureza que su conducta permite al asegurador dejar sin efectos la relación contractual.

El límite de la subrogación es el monto a que ascienda la indemnización pagada por la empresa, siendo éste el único parámetro para estimar la subrogación, desde luego que en forma total.

El dispositivo en comento nos deja muy en claro que en el Contrato de Seguro puede existir la subrogación total o la parcial.

En caso de subrogación total la aseguradora persigue por sí sola recobrar el monto de su indemnización, en caso de ser parcial concurrirá con el asegurado.

Díaz Bravo señala como razones legales para instituir la subrogación en el contrato de seguros las siguientes¹⁰¹:

- La inconveniencia de que pudiera quedar impune la conducta dolosa, culposa o generadora de responsabilidad del causante del daño;
- Que de no existir la subrogación, se plantearía la posibilidad de lucro por parte del asegurado, que percibiría del asegurador el importe de los daños, pero tendría que expedir sus derechos y acciones en contra del tercero, de quien podría obtener una segunda indemnización, por donde el seguro resultaría fuente de enriquecimiento injustificado, y
- Por último, que también impide que el tercero obtenga un provecho ilícito pues, de no operar la subrogación, y satisfecho el interés del damnificado, dicho tercero se beneficiaría con la liberación de la responsabilidad pecuniaria a la que debe hacer frente por imperativo legal

A las razones estimadas por el maestro Díaz Bravo, yo agregaría el deber que tiene la institución de seguros de velar por el bien de su comunidad de asegurados, lo cual la obliga a recuperar en lo posible las indemnizaciones que pague, tratando de evitar con ello la disminución en los fondos comunes para enfrentar los riesgos y evitar el encarecimiento de las primas.

La consideración de la subrogación aparece también en el capítulo referente al seguro de transportes, en donde en su artículo 143 de la Ley refiere a la subrogación derivada de éste tipo de contrataciones.

¹⁰¹ Díaz Bravo, Arturo. ob. cit. pág 163,

143.- "La empresa aseguradora, se subrogará en las acciones que competen a los asegurados para repetir contra los portadores por los daños que fueren responsables"

Resulta conveniente transcribir el criterio sostenido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en el Semanario Judicial de la Federación en su Sexta Epoca, Volumen XXXIII, pág 23, Amparo Directo 7540/58 Aseguradora Mexicana, S.A. 7 de marzo de 1960.

COMPAÑIA DE SEGUROS. SUBROGACION. Si la aseguradora demandó la cantidad pagada diciéndose subrogataria por haber asegurado el camión dañado en un choque con el carro del demandado, es indudable que la póliza de seguro en virtud de la cual nació el derecho a la subrogación es un documento básico y constitutivo de la acción y debió acompañarse a la demanda, y si no hizo, la sentencia que absolvió al demandado por no haberse probado todos los elementos constitutivos de la acción y la reclamada que por ese motivo confirmó la de primera instancia, son legales; sin que para ello sea obstáculo que dicha póliza se haya presentado en la segunda instancia, ya que el artículo 324 del Código Federal de Procedimientos Civiles, expresamente ordena que los documentos que deben servir como prueba, presentados con posterioridad a la demanda, no serán admitidos. En consecuencia, la sentencia reclamada es legal sin que el haber dado cumplimiento a los artículos 81, 323 y 324 del ordenamiento citado, constituya una

suplencia de la contestación de la demanda, y en consecuencia, procede negar el amparo.

SEGURO, CONTRATO DE, CUANDO SE RECLAMA EL PAGO EFECTUADO CON MOTIVO DEL, ES COMPETENTE EL JUEZ DEL DOMICILIO DE LA DEMANDADA.-

Al haberse celebrado un contrato de seguro con una aseguradora, y haber ésta cubierto una determinada cantidad, como responsable solidaria de daños y perjuicios sufridos por una tercera que fue encargada de la transportación de una mercancía a una empresa transportista, la finalidad de la acción es obtener la restitución de las cantidades pagadas con motivo de esa responsabilidad. De esta forma, en esta medida surte efectos la subrogación, sin que opere para la aseguradora la cláusula de sometimiento competencial que se pacte en un contrato de transporte, sobre todo si se toma en cuenta que existe también entre los contendientes el contrato de seguro y que en términos del artículo 143 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se menciona tal subrogación en función de repercutir contra la portadora por daños de que fuere responsable, lo que involucra una acción diversa a la ejecución o de cumplimiento del contrato de transporte. De conformidad con lo anterior, se trata de una acción personal que hace competente al juez del domicilio de la demandada, conforme a la fracción IV del artículo 156 del Código de Procedimientos Civiles.

Octava Época. Semanario Judicial de la Federación. Tribunales Colegiados de Circuito, Tomo IV, Segunda Parte, pág 771. Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. Amparo en Revisión 528/89, Pan American Airways de México, S.A. de C.V, 10 de mayo de 1989. Unanimidad de votos. Ponente: Mgdo. Manuel Ernesto Saloma Vera. Secretario. Guillermo Campos Osorio.

Actualmente la subrogación en el derecho de seguros es utilizada principalmente en el campo de los transportes, en donde se han iniciado una serie de demandas en contra de empresas transportistas reclamándoles vía subrogación el recobro de la indemnización pagada por la empresa.

No existe criterio uniforme en cuanto a la resolución de los litigios vía subrogación derivados del contrato de seguro de transportes, ya que en algunos casos los Jueces han estimado la improcedencia de las mismas argumentando defectos en la subrogación y en el ajuste de los daños.¹⁰²

También se ha utilizado la figura de la subrogación en el seguro de incendios, en el cual se han iniciado procedimientos demandando al causante de los daños tratando de recuperar los gastos de indemnización. En estos procedimientos cobra especial relevancia la prueba pericial tanto en valuación como en incendios. No se tienen a la fecha resultados de las demandas de éste tipo, ya que los procesos se tornan largos y llenos de impugnaciones por parte del demandado.

¹⁰² En virtud de lo cambiante de los resultados las instituciones han dejado de demandar sobre éste concepto, demandando sólo en casos que resulte cuantiosa la indemnización y haya seguridad en la recuperación.

2.2. Subrogación en el seguro de gastos médicos.

La subrogación en el seguro de personas estaba prohibida por expresa disposición de la ley, la cual en su artículo 152 refería:

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

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

Realmente esta prohibición nunca fue entendida por el sector asegurador; los estudiosos del derecho de seguros no encontraban la razón de ser de éste segundo párrafo del artículo en comento, quienes hacían fuertes críticas a este dispositivo, señalando que no debería de existir y que era urgente una reforma del mismo.

Para un mejor entendimiento del párrafo segundo del artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, conviene recurrir a su explicación a través de una situación práctica.

Una persona "x" esta asegurado con la empresa "y" al haber contratado un seguro de gastos médicos. Persona "x" es arrollada al cruzar una calle por un sujeto "z"; "x" resulta con lesiones de gravedad que ameritan su internamiento en un nosocomio, siendo necesario practicarle intervenciones quirúrgicas. Al tener "x" un contrato de seguro con "y" le da aviso y presenta la reclamación correspondiente, "y" ante su obligación procede al pago de las atenciones médicas de "x".

En el hipotético caso referido en el párrafo anterior se podrá apreciar que el sujeto causante del daño, o sea, quien atropella, sale librado sin ninguna repercusión

de su conducta, salvo las sanciones penales por el delito de lesiones, pero en lo que respecta a los gastos que fueron necesarios erogar no hizo frente a su obligación y quedaron todos a cargo de la aseguradora sin que ésta pudiera repetir, a pesar de existir un culpable del hecho dañoso.

Un caso similar que tiene mucha incidencia es el generado cuando en un accidente automovilístico resultan lesionadas personas, quienes por obvias razones ingresan al hospital donde reciben atenciones médicas, afectándose la cobertura de gastos médicos ocupantes contratada en su seguro de automóviles, sobre estos gastos la compañía no podía repetir contra el causante de los daños, a pesar de existir una evidencia en la culpabilidad de alguno de los agentes.

Cuando no existe contrato de seguro, el dañado tiene derecho a que él causante del daño se lo repare íntegramente; sin embargo, cuando el dañado se encuentra cubierto mediante un contrato de seguro, en ejercicio pleno de ese contrato, la empresa aseguradora debe cubrir tales gastos médicos en los términos de las condiciones contratadas.

La necesidad de que se diera la subrogación en el seguro de gastos médicos se proponía ya que al igual que el daños el de gastos médicos es un seguro con fines resarcitorios, no de indemnización, luego entonces, no había razón de ser sobre la prohibición de la subrogación en el seguro de gastos médicos. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Muchos fueron los intentos de las asociaciones del sector—AMIS, AMASFAC, AMDSF—para que se reformara el artículo 152 de la Ley, a fin de que se permitiera a las instituciones de seguros obtener el derecho a la subrogación en el ramo de gastos médicos, para poder de esta forma tener la oportunidad de recuperar los gastos generados cuando hubiera algún agente culpable de los mismos.

Hacia el año 2001 se abrió la posibilidad de reformar la ley y se logró adicionar el artículo 152 con un párrafo, para quedar de la siguiente forma:

“En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, **SALVO CUANDO SE TRATE DE CONTRATOS DE SEGURO QUE CUBRAN GASTOS MÉDICOS O LA SALUD. EL DERECHO A LA SUBROGACIÓN NO PROCEDERÁ EN CASO DE QUE EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO, TENGAN RELACIÓN CONYUGAL O PARENTESCOS POR CONSANGUINIDAD O AFINIDAD HASTA EL SEGUNDO GRADO O CIVIL CON LA PERSONA QUE LES HAYA CAUSADO EL DAÑO, O BIEN SI SON CIVILMENTE RESPONSABLES DE LA MISMA**”.

Con esta reforma se abre un panorama de enormes posibilidades para las instituciones de seguros, ya que ahora sí podrán subrogarse en los derechos de terceros que indemnicen a fin de perseguir la recuperación de los gastos médicos erogados.

No sólo con la reforma se esta en aptitud de ir en contra de los causantes de los daños, sino que la misma traerá , en opinión del Licenciado Gabriel Corvera Caraza los siguientes efectos¹⁰³:

- Costos de los seguros: la prima hoy la consideramos sin tomar en cuenta que existen siniestros que son susceptibles de recuperar, por lo que esta necesariamente deberá modificarse dependiendo el tipo de negocios y cartera que tenga cada institución aseguradora.
- Siniestralidad: evidentemente al existir recuperaciones de siniestros que antes no existían, deberá verse mejorado este tan delicado índice del ramo.
- Cultura aseguradora: en el momento en el que las instituciones aseguradoras inicien este tipo de acciones en contra de terceros causantes de un daño, las personas en general tendrán un mejor cuidado en lo que a su responsabilidad se

¹⁰³ Corvera Caraza, Gabriel. Ponencia en el Cuarto Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas.

refiere y fomentará que se tome conciencia para adquirir coberturas de otra naturaleza; principalmente la de responsabilidad civil.

En virtud de la reforma establecida al artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro resulta necesario hacer una reforma adicional a los artículos 68, 69 y 70 de la Ley, así como a los artículos 36 fracción II y 36 A de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

3. Propuesta de reforma a los artículos 68, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Es necesaria una reforma a los artículos 68, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a fin de que se cumplan completamente los efectos de la reforma al artículo 152 del referido ordenamiento jurídico.

El artículo 68 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece:

68.- “La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro”

Este artículo debe ser adicionado con un término para dar el aviso de siniestro a la empresa, pudiendo agregarse el siguiente párrafo:

“ La compañía de igual forma quedará desligada de sus obligaciones si el asegurado o beneficiario no informan en un término de 48 horas, sin importar días hábiles o inhábiles, a la empresa aseguradora al existir un evento dañoso, generado por una causa externa, súbita, violenta, provocado por una persona a través de cualquier medio, que afecten su salud o vigor vital y que haga necesaria la actualización de la cobertura de gastos médicos establecida en cualquier contrato de seguro que se tenga celebrado”

La razón de la opinión en complementar del artículo 68 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro deviene del efecto práctico que conlleva el tener derecho a la subrogación en el seguro de gastos médicos.

Actualmente resulta de forma muy sencilla sustraerse a la labor de las autoridades, por lo que la reacción de la institución aseguradora debe ser muy rápida para lograr la recuperación de las cantidades pagadas por ella.

Para una mayor comprensión utilicemos de nueva cuenta la casuística. Tenemos que el sujeto "x" sufre un accidente en su automóvil del cual no es culpable, resultando lesionado y pasando a su internación en un nosocomio. La persona "y" causante del accidente, aún y cuando obre con la diligencia y observancia de las normas legales del caso, cuenta cuando menos con cinco días para sustraerse de la acción de la justicia o inclusive para lograr su liberación ante el Ministerio Público por las lesiones proferidas. Con tal cantidad de tiempo corriendo en beneficio del causante del daño la institución aseguradora pierde tiempo valioso de operación, como sería el empezar la recuperación estando el sujeto "y" en prisión; o en todo caso tener participación en la integración de la averiguación previa para dejar bien asentada la responsabilidad del sujeto dañoso, pudiendo también influir en el monto de la fianza que sea fijada.

El término de cinco días viene estipulado en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya que él mismo en su segundo párrafo deja claramente establecido dicho plazo.

Con la adición planteada se busca dejar a la institución de seguros subrogada en una posición de igualdad del factor tiempo frente al causante del daño a quien ha de reclamar el pago de los gastos médicos.

El artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de seguro dispone:

69.- “La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”

Conviene en referencia a éste dispositivo hacer un agregado donde se obligue al asegurado a colaborar en las labores de recuperación de las cantidades erogados por la subrogación en los gastos médicos.

Pudiéramos considerar insertar en el artículo 69 la participación del asegurado en la realización de diligencias propias de la recuperación, pudiendo quedar el numeral de la siguiente forma:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo; así como es derecho de la institución exigir del asegurado su participación en la ejecución y realización de todos los actos tendientes a la recuperación del monto que por concepto de gastos médicos hayan sido erogados por la empresa aseguradora”

La necesidad de conformar la adición en comentario al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se origina por una cuestión práctica, ya que conviene acudir a la realidad que impera al existir un accidente que hace actualizar la cobertura de gastos médicos.

Así es, por ejemplo, cuando una persona resulta afectada por un accidente en el que se le infieren lesiones, desde luego que su reacción es primero cuidar su restablecimiento y luego colaborar con la empresa aseguradora; en igual manera los familiares que estén al cuidado o pendiente del lesionado, con sobrada razón, cuidarán del bienestar del lesionado sin permitir acceso a personal de la institución de seguros u ocuparse de trámites legales, ya que lo primordial es el restablecimiento de la persona.

El tiempo en la subrogación derivada de gastos médicos es un factor valioso, ya que para considerar que esta tenga efectos productivos es contra reloj, siendo el momento óptimo para la recuperación la inmediatez del accidente, ya que el causante de los daños esta detenido por las lesiones inferidas, se esta comenzando el proceso de la averiguación previa, es el momento del otorgamiento de las responsivas en los hospitales y Ministerios Públicos, el sujeto dañoso también hace uso de su seguro, siendo valiosa la intervención de la institución en cada uno de estos sucesos, intervención que sólo se puede dar con la participación rápida del asegurado.

Como referimos en el párrafo anterior, el tiempo es factor fundamental en el éxito de la recuperación en la subrogación de gastos médicos, luego entonces resulta necesario obligar al asegurado en la participación inmediata de tales actos, toda vez que si no se hace esta inclusión tendríamos que esperar a que el asegurado quisiese o simplemente se sintiera bien para su participación, misma que puede ser poca dada la subrogación por Ministerio de Ley, pero no por ser menor significa sin importancia, ya que principalmente la subrogación se desprenderá de accidentes, luego entonces para poder iniciar, continuar o llevar a feliz término una indagatoria, se requerirá forzosamente de la declaración del afectado y si éste se niega a darla pronto desde luego que habrá problemas en la recuperación de la aseguradora.

No debe perderse de vista que la inmediatez en la participación del asegurado se dará siempre y cuando su estado físico o de salud lo permita.

El artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece:

- 70.- "Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si se demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismos se observará en caso de que,

con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que se trata el artículo anterior”

Por lo que toca a éste artículo es necesario incluir una referencia a la participación directa del asegurado en la ejecución de los trámites de la recuperación de los gastos médicos y una sanción aplicable al caso.

La necesidad de establecer una sanción a las omisiones de los artículos 68 y 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, resulta ser obligatoria ya que en caso de no existir ésta las obligaciones a cargo del asegurado vendrían a ser letra muerta y no se lograrían los efectos pretendidos con la subrogación.

4.- Propuesta de reforma a los artículos 36 fracción II y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En el número anterior sugerimos una serie de reformas y adiciones a los artículos 68, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siendo todas ellas obligaciones impuestas al asegurado.

Para lograr un equilibrio en beneficio de las partes contratantes es conveniente establecer también una reforma a los artículos indicados en el título del tema.

Las adiciones y reformas que se proponen van encaminadas a favorecer a los asegurados que contribuyan a las labores de recuperación de los gastos médicos, viéndose beneficiados en una reducción en los costos de las primas ya que estas son calculadas al inicio de los contratos sin tomar en cuenta la recuperación de gastos.

Los artículos 36 fracción II y 36 A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece:

36.- “Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán observar:

II.- Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados”

36 A.- “Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo que se trata lo siguiente:.....”

Sobre éste respecto conviene hacer la adición a la fracción II del artículo 36 de la Ley de Instituciones de Seguros mediante la cual el asegurado que observe una conducta de colaboración en relación a las actividades de recuperación de la empresa aseguradora se vea beneficiado por ley en el precio de las primas que se han de pagar.

En definitiva el beneficio de la reducción en el pago de las primas sólo podrá determinarse hasta una segunda contratación, ya que en el primer instrumento que se celebre no podrá tomarse en cuenta la variante de la participación del asegurado, toda vez que no existe siniestro en la primer vigencia, pero en caso de haberlo y de tener participación del asegurado, esto se deberá ver reflejado por ley en el pago de las primas.

La necesidad de que exista el beneficio que se pretende incluir en la fracción II del artículo 36 obedece a la motivación del asegurado en su participación con la empresa, así como a la equidad en la contratación.

En cuanto al artículo 36 A de la Ley de Instituciones es necesario adicionar en la nota técnica que refiere dicho artículo la forma en que se ha de beneficiar al asegurado que participe en las tareas de colaboración de recuperación en los gastos médicos.

La necesidad de estas reformas o adiciones es evidentemente de carácter comercial, ya que si al momento de vender un seguro al potencial contratante se le hace de su conocimiento, como obligadamente debe ser, ya sea a través del agente de seguros o en las condiciones generales del contrato, toda la serie de obligaciones con las sanciones en caso de no observarlas, pues desde luego que pensara bastante contratar un seguro, o buscará en colocar su oferta en otra compañía.

Al establecer por ley los beneficios del asegurado tendríamos efectos muy benéficos. Como lo menciono al final del párrafo anterior si los beneficios son otorgados por las instituciones como modo de comercializar enfrentaríamos una competencia encarnizada para tratar de vender más seguros, apoyándose en la subrogación en gastos médicos, ya sea rebajando tarifas de primas, ya sea aumentando comisiones a agentes que consigan el apoyo del asegurado, competencia que no sería en forma alguna leal, ni muchos menos aportaría nada al sector, de ahí que para evitar estos problemas, la disminución en las primas debe ser por ley.

El otro beneficio que aporta el considerar por ley las tarifas reducidas de primas es para evitar el lucro desmedido en que incurrirían las empresas de seguros, que algunos autores han dado en llamar "monstruosos"¹⁰⁴ lo cual es cierto, ya que las primas son calculadas sin tomar en cuenta las recuperaciones vía subrogación, luego entonces, resulta necesario que en caso de existir recuperaciones las primas se vean reducidas ya que la institución de seguros se ve directamente beneficiada con la recuperación de gastos médicos, misma que se da gracias al asegurado.

5.- Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos.

La subrogación en el seguro de gastos médicos definitivamente que cambiará la forma de ver el seguro ya que su inclusión en la ley detonará muchos cambios en la forma en que se han de manejar las instituciones de seguros.

¹⁰⁴ González, Miguel. citado por Díaz Bravo, Arturo. pág 165. ob.cit.

Estimo que los cambios generados por la subrogación en gastos médicos no sólo traerán efectos al mercado asegurador y sus sujetos, sino que se tendrán repercusiones en la sociedad en general.

La existencia de la subrogación en los gastos médicos abre la puerta en definitiva a una nueva forma de ver la responsabilidad civil, apuntando más con el tiempo hacia la forma americana, ya que ahora se tiene la posibilidad de demandar a quien sea causante del daño, pudiendo ser médicos por una mala operación o tratamiento, arquitectos que con su equivocado diseño ocasionen la caída de una construcción que a su vez cause lesiones, ingenieros que se les caiga la construcción; encontraremos además demandas planteadas contra tiendas, centros comerciales, restaurantes, discotecas, etcétera.

Al existir este tipo de demandas a los diferentes causantes de los daños, estos a su vez buscarán repercutir o en su caso defenderse, apuntando en contra de quien ellos estimen hayan sido los responsables directos del evento dañoso.

Pudiera, por ejemplo, darse el caso de que en un centro comercial una persona resulta lesionada en una escalera eléctrica con mal funcionamiento, al pagar la aseguradora los gastos médicos demandará al centro comercial el reembolso de los mismos, desde luego que la defensa del centro comercial será en el sentido de que la escalera eléctrica era defectuosa de fábrica y el fabricante es responsable directo. ®

Con el tiempo se irá apuntando cada vez más a que él real causante del daño sea quien deba repararlo.

La subrogación en el seguro de gastos médicos traerá una serie de efectos colaterales en todos los actores de la actividad aseguradora, es decir, para la empresa, para el asegurado y para los agentes de seguros.

La subrogación en los gastos médicos traerá también consecuencias en un contrato conexo al de seguro, que es el de reaseguro.

5.1. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para las instituciones de seguros.

La primera repercusión que se obtiene de la subrogación para las instituciones de seguros, opera por el simple hecho de que se abre por entero la posibilidad de recuperar sumas de dinero que desde el momento que eran pagadas se sabían como pérdidas o irrecuperables

La subrogación misma generará una forma diferente de tomar los siniestros por parte de las compañías aseguradoras, ya que tendrán que apreciar con especial cuidado si en realidad existe un tercero causante del daño y no querer llevar por el camino de la subrogación cuanto negocio tengan en sus manos.

El tratamiento para los asuntos en los que haya posibilidad subrogación deberá comprender forzosamente la realización de otros trámites como lo es la inclusión de formularios nuevos o la inclusión en los ya existentes de espacios para proporcionar la información necesaria para ubicar al responsable de los daños.

Las instituciones de seguros deberán capacitar a sus ajustadores de automóviles sobre los aspectos de la subrogación en gastos médicos, además de verse obligada a contratar un mayor número de despachos externos de abogados dedicados exclusivamente a la recuperación de estos gastos.

Los expedientes de los siniestros que llevan las instituciones deberán ser conformados ahora con documentos adicionales como lo serían las denuncias de los asegurados, peritajes médicos, comprobantes de gastos, etcétera, lo cual implica un mayor cuidado por parte del personal encargado de tales labores.

Para Gabriel Corvera Caraza¹⁰⁵ las instituciones de seguro podrán subrogarse en los siguientes negocios:

- Ahora bien, después de haber analizado el origen de los siniestros de gastos médicos y accidentes y, considerando que no en todos los siniestros existe responsabilidad de un tercero, nos encontramos que los siniestros en los que se pueden subrogar las instituciones son los siguientes:
- Politraumatizados por accidentes automovilísticos. En este rubro incluimos todas aquellas lesiones corporales sufridas por el asegurado o beneficiario, derivadas de colisiones con o entre vehículos automotores en donde exista o se tenga conocimiento del tercero responsable del daño.
- Accidentes en escuelas, oficinas, centros comerciales, restaurantes, hogar, etc. En este rubro contemplamos aquellas lesiones causadas al asegurado o beneficiario en lugares públicos, siempre y cuando se desprenda y compruebe la responsabilidad civil de los titulares del lugar en donde se llevó a cabo el accidente.
- Hipertrofia y/o Negligencia Médica. En este caso incluimos aquellas lesiones causadas al asegurado o beneficiario por negligencia en el actuar del personal médico en el ejercicio de su profesión o por sus empleados en el desempeño de su trabajo, ya sean de Instituciones de Salud Públicas o Privadas, o sean de tipo Particular.
- Lesiones en general, aquellas que sean sancionables por las legislaciones penales.

¹⁰⁵ Corvera Caraza, Gabriel. Conferencia en el Cuarto Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.

Un beneficio indirecto que traerá para las instituciones de seguros la subrogación en los gastos médicos, será el impulso que se obtenga en la venta de seguros de responsabilidad civil, ya que no debemos olvidar que el abanico ofrecido por la subrogación es impresionante, ya que se podrá proceder contra cualquier persona sea física o moral que origine la actualización de la cobertura de gastos médicos, lo que hará que médicos, propietarios de centros comerciales, ingenieros, arquitectos, etcétera tengan que contratar un seguro de responsabilidad civil, el cual les ayudará a enfrentar las demandas por tal concepto.

5.2. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para los asegurados.

Los asegurados recibirán también diversos beneficios por haberse permitido la subrogación en los gastos médicos, beneficios consistentes en la reducción del pago de las primas, mejores ofertas de aseguramiento, la recuperación de los pagos hechos en exceso, por sólo mencionar algunos.

En cuanto a la reducción de la tarifa de la prima no queda lugar a dudas que la misma se generará como un efecto inmediato a la subrogación, ya que al haber beneficios para la empresa, desde luego que ésta, deberá reflejarlos en sus clientes al abaratar los costos de los seguros.

Al existir la posibilidad en la subrogación las instituciones de seguros crearán nuevos productos de aseguramiento que ofrecerán mas a los potenciales asegurados, creyendo sin temor a equivocarme que en un plazo no mayor a tres años podremos contar con un producto en el cual se haga la devolución total de la prima al asegurado.

Un beneficio de consideración que obtendrá el asegurado será la restitución de los pagos hechos en exceso, es decir, fuera de los tabuladores, por ejemplo, cuando el profesional de la salud que lo atendió no sea de la red médica de la institución, recuperación de los pagos de deducible y coaseguro, devolución de los gastos

erogados por encima de los costos autorizados por las empresas para cirugías que sean necesarias practicar al asegurado.

En mi opinión serán más los beneficios que obtenga el asegurado que los perjuicios que se pudieran derivar de la subrogación en los gastos médicos.

5.3. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para los agentes de seguros.

La necesidad de incluir en este rubro a los agentes de seguros es obvia, ya que estas profesionales de la actividad aseguradora serán quienes enfrenten directamente los ecos de la subrogación en gastos médicos, ya que a ellos les toca el contacto directo con los potenciales asegurados.

El agente de seguros deberá explicar a su potencial cliente las obligaciones derivadas por este concepto, así como explicarle los beneficios en la participación en la labores de recuperación, los agentes debemos considerarlos como la punta de lanza para el éxito de la subrogación en gastos médicos.

El agente de seguros no está exento de los beneficios que reporta la subrogación, ya que estos verán incrementadas sus carteras con la cobertura de responsabilidad civil, así como verán aumentadas sus ganancias ante la baja en la siniestralidad que implica la recuperación de gastos médicos.

5.4. Repercusión de la subrogación en el seguro de gastos médicos para el contrato de reaseguro.

El tema del reaseguro definitivamente es para utilizarlo en su totalidad para elaborar una investigación aparte exclusivamente sobre el mismo, y si quisiéramos hacer un tratamiento extenso de él rebasaría por mucho los límites de ésta investigación.

Dado el efecto colateral que sobre el reaseguro causa la subrogación en el seguro de gastos médicos es por lo que resulta conveniente tratarlo, empero, nada más desde esa perspectiva.

Para entenderlo en forma sencilla el reaseguro, es un contrato de seguro celebrado por la empresa aseguradora con otra llamada reaseguradora, a través del cual se asegura parte del riesgo que esta corriendo la empresa aseguradora para con su asegurado.

A través del reaseguro viene dado por la finalidad que con este contrato busca el reasegurado, obtener la protección del seguro contra el posible riesgo de tener que realizar la prestación prometida al asegurado o al beneficiario, en caso de siniestro de la cosa o persona asegurada.

Lo que el asegurador busca en este contrato es la cobertura, ya sea total o parcial, del riesgo que para su patrimonio crea un seguro anterior.

El reaseguro es la respuesta a la obligación impuesta a las instituciones de seguros de diversificar sus riesgos a través de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El contrato de reaseguro viene también a ser una garantía de solvencia para el público consumidor de seguros, ya que al contar con ese apoyo de un reasegurador, se tiene más tranquilidad en que los siniestros serán cubiertos oportunamente, así como que en caso de catástrofes las instituciones honrarán sus obligaciones.

El contrato de reaseguro reviste las mismas características del seguro, y para hacer fácil de entender, pongamos en el reaseguro a la aseguradora en el plano del asegurado.

Los efectos que se llegan a presentar por la subrogación en el seguro de gastos médicos en el contrato de reaseguro, estriba en la forma en que se han de poner de acuerdo las partes celebrantes del contrato para la repartición de los gastos recuperados, ya que en estricto derecho sólo se permitió la subrogación a las empresas de seguros, no a las reaseguradoras, por lo que las primeras podrán negarse a participar de la recuperación a las segundas.

Es también pertinente señalar los casos en que la aseguradora se niegue a proceder a la recuperación de los gastos erogados, ya por que la persona contra quien se haya de ejercitar la acción sea cliente de la empresa o simplemente tenga una relación de interés y que la institución de seguros estime no querer afectar, imaginemos que en este caso la institución de seguros recibe la orden de la reaseguradora de iniciar la recuperación.

Así como hipotéticamente se plantea el caso del párrafo anterior, puede ser que suceda al contrario, es decir, que la institución de seguros quiera recuperar y la reaseguradora se niegue.

Es muy reciente el tema de la subrogación en el seguro de gastos médicos, por lo que en realidad no podemos avizorar todos los efectos que traerá consigo esta figura con respecto al reaseguro, de lo que sí podemos estar seguros es que efectos los habrá y tendremos que atenderlos.

Dada la cercanía entre aseguradoras y reaseguradoras estimo que sean muy pocos los problemas que se presenten entre ellas y los que se den definitivamente serán resueltos sin haber complicaciones mayores.

CAPITULO QUINTO

VENTA MASIVA DE SEGUROS A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES DE CRÉDITO.

1.- Modo de comercializar los contrato de seguros.

Los antecedentes que referimos en los capítulos primero y segundo nos sirven de sustento para iniciar el estudio de otra de las problemáticas actuales que presenta el contrato de seguro, que es su comercialización a través de las instituciones de crédito.

En concordancia con la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los seguros se podrán comercializar, es decir, vender, a través de personas llamadas "agentes de seguros", quienes de acuerdo con el artículo 23 de la referida ley, "se considerarán agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de los contratantes"

Para ejercer la actividad de agente de seguros se requiere de autorización de la autoridad de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien la otorgará o negará discrecionalmente y que, previa audiencia de la parte interesada, podrá suspender hasta por dos años o revocar, además de aplicar amonestaciones y multas a dichos agentes, en los términos de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y del reglamento respectivo.

Las autorizaciones serán otorgadas para una o varias operaciones o ramos; tendrán el carácter de intransferibles y podrán otorgarse a:

- **Personas físicas vinculadas a las instituciones de seguros por una relación de trabajo, para desarrollar esta actividad;**
- **Personas físicas que se dediquen a esta actividad con base en contratos mercantiles y;**
- **Personas morales que se constituyan para operar en esta actividad.**

El gobierno empieza a voltear la vista a temas jurídicos tan importantes como lo es el seguro y se dio a la tarea de crear un nuevo Reglamento para los agentes de seguros.

La labor de estos profesionales venía siendo regulada con un ordenamiento que data del año de 1993, lo cual si bien para la óptica de los abogados el que una ley solo tenga nueve años de antigüedad no es mucho, para la tarea de vender seguros si es mucho tiempo, dado el comportamiento tan ágil y continuo que observan los agentes. Así pues, tenemos que apenas el 18 de mayo del año 2002 se publicó el nuevo reglamento para los agentes de seguros y fianzas.

El reciente reglamento para agentes de seguros y fianzas observa varias situaciones que el anterior reglamento no refería, así como despeja dudas importantes para la empresas aseguradoras en cuanto a la relación laboral con sus agentes, en igual forma obliga a los agentes de seguros a una capacitación continua y a una especialización sobre los ramos de seguros que pretenden ofertar, obliga a especificar por escrito cuales son los alcances de las coberturas que se están contratando, lo cual sin duda alguna es en beneficio y certidumbre del público consumidor.

A mi modo de ver una de las reformas o cambios mas importantes que aparecen en este nuevo reglamento es el hecho de que ahora las empresas del sector asegurador, así como sus agentes, tendrán certeza en cuanto a sus relaciones laborales se refiere. En efecto, tenemos que siempre por costumbre las aseguradoras proporcionan una serie de apoyos a sus agentes, tales como oficinas, mobiliarios, equipamiento tecnológico, cursos de capacitación, todo esto con la finalidad de que el

agente venda mas, como costumbre se estila que los agentes de seguros vinculen su relación laboral con las aseguradoras mediante un contrato de comisión mercantil, lo cual implica que no hay una relación laboral entre los agentes y las empresas de seguros, son solo comisionistas. Hasta aquí todo va perfecto, pero que sucede cuando le es revocado a un agente de seguros su contrato de comisión mercantil, pues esta persona demanda en la vía laboral a la empresa aseguradora como si hubiese sido despedido y pretende fijar su indemnización en base a comisiones, lo cual para quienes conocen de la materia no les costará trabajo concluir que una demanda de esta naturaleza resulta ser cuantiosa.

Es totalmente ilógico pensar que se pueda derivar una relación laboral existiendo un contrato de comisión mercantil, pero no es así, ya que existen criterios de los Tribunales Federales en el sentido de que si hubo una dependencia directa del agente de seguros y la aseguradora, debe tomarse como una relación laboral; para mí esto resulta tan absurdo como el pretender prescribir un inmueble por un arrendatario; pero corrimos con suerte y este nuevo reglamento pone en orden esta circunstancia y echa por tierra esta difícil posición para las aseguradoras, ya que en el artículo 1º de este reglamento en la fracción octava hace una diferencia precisa entre los agentes con dependencia directa y los que no tienen una relación laboral con la empresa de seguros.

Otro logro importante de éste reglamento estriba en el hecho de que ahora se obliga a los agentes de seguros a que informen a la persona que pretenda contratar un seguro el alcance real de las coberturas, lo cual implica que se pueden reducir las controversias derivadas de los contratos de seguros, ya que el asegurado contará con un documento formal en el cual se le especifica por la persona que le vendió el producto lo que realmente esta contratando, situación que se puede traducir en que el asegurado no reclama un siniestro ante lo evidente de la improcedencia o la empresa no niega un pago en virtud de la documental entregada por el agente. Todo lo anterior se traduce en certidumbre para el público usuario y de igual forma se corta de raíz el problema de las promesas falsas para lograr la venta de un seguro.

La forma en como se han de comercializar los seguros ha sido perfectamente delimitada por las Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como por el Reglamento de Agente de Seguros y Fianzas.

Las instituciones ponen mucha atención en lo que se refiere a sus agentes ya que a través de ellos es como se da el desarrollo comercial y crecimiento de la empresa, toda vez que el agente es uno de los aspectos de presentación de mayor trascendencia de la empresa aseguradora.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro otorga también un papel preponderante al agentes de seguros teniéndolo como el especial intermediario entre la empresa y el asegurado, a éste respecto refieren los artículos 14, 15 y 16 del ordenamiento citado, los cuales establecen:

14.- “Los agentes que sean autorizados por una empresa de seguros para que ellos celebren contratos, podrán recibir las ofertas, rechazar las declaraciones escritas de los proponentes, cobrar las primas vencidas, extender recibos, así como proceder a la comprobación de los siniestros que se realicen”

15.- “Respecto al asegurado, se reputará que el agente podrá realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un agente de su categoría y los que de hecho efectúe habitualmente con autorización de la empresa”

16.- “En todo caso, el agente necesitará autorización especial para modificar las condiciones generales de las pólizas, ya sea en provecho o perjuicio del asegurado.”

Las delimitaciones para comercializar los seguros están precisamente establecidas en las leyes y reglamentos que hemos mencionado, los agentes de seguros son supervisados y regulados, pueden ser sujetos de sanciones e infracciones,

lo que hace que la actividad de comercialización de los seguros sea de la mejor forma transparente y en la menor medida posible perjudicial para los derechos de los usuarios.

2.- Intervención de las instituciones de crédito en la comercialización de seguros.

En virtud de los problemas económicos que ha atravesado el País, se han visto perjudicados muchos sectores de la economía, siendo uno muy golpeado el de la banca, que ha pasado por privatización y desprivatización, por FOBAPROA, IPAB y una serie de escollos que lo han hecho presa fácil de los grandes grupos económicos internacionales.

Es común ver en últimas fechas fusiones de instituciones de crédito, las chicas son absorbidas por las grandes, compras de bancos por instituciones de crédito extranjeras, y así una serie de movimiento de capitales que vienen a influir directamente en la forma de comercializar los contrato de seguros.

Como estrategia de inversión los empresarios nacionales empezaron a crear grupos financieros, contando con banca, arrendadora, casa de cambio, factoraje, seguros, etcétera. Grupos Financieros que representaban una atractiva posibilidad de compra para los extranjeros, quienes dada la situación de pérdida que enfrentaban estos grupos los compraban con todos sus componentes.

Al inicio de sus actividades los grupos financieros que adquirieron todo el conjunto de empresas de los nacionales, al ver el estado económico de las mismas optaron por “adelgazar” tal infraestructura, vendiendo casi todas los componentes del grupo con excepción del banco y de la aseguradora.

La visión de los empresas extranjeros fue la de colocar pólizas en el público consumidor de una forma masiva. Quitándose el costo que origina la infraestructura para la venta de los seguros, ya que los bancos contaban con ésta, por lo que con ello

se logran abatir los costos de las primas, tal es el caso que el día de hoy se obtienen seguros pagaderos de forma mensual, cargados a una cuenta bancaria, lo que esta haciendo que los seguros estén al alcance de más y más gente cada día.

No estoy en contra de que se masifique de tal forma la venta de los seguros ya que esto ayuda a acrecentar la cultura y confianza en el contrato de seguro, que se traduce en un adelanto para un importante sector de la economía, además de la tranquilidad que para un gobierno representa que gran parte de sus gobernados cuenten con una tranquilidad en lo que a sus pérdidas económicas se refiere.

Parecen ser buenas las estrategias de los banqueros-aseguradores, pero tenemos que con la forma de llevar a cabo la comercialización de los seguros están confrontando directamente las normas reguladoras de tal actividad, ya que no se está cumpliendo con lo prevenido por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como por el Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas.

El quebranto a la ley es muy sencillo de apreciar, ya que de acuerdo con los ordenamientos legales referidos en los párrafos anteriores existe el deber de informar al potencial asegurado el alcance real de las coberturas que pretende contratar, imperativo legal de singular trascendencia en el contrato de seguro, ya que de ésta forma el asegurado sabe bien lo que esta comprando.

Al realizarla comercialización de los seguros a través de las instituciones de crédito no se puede cumplir con la obligación de informar el alcance de las coberturas que pretende contratar el asegurado, ya que la contratación se da con tal rapidez que resulta materialmente imposible cumplimentarla.

Otro de los ángulos desde donde se quebranta el ordenamiento legal referente a la venta de seguros, se genera por el hecho de que el contrato no es vendido por los realmente autorizados para ello como lo son los agentes de seguros, ya que quienes realizan la colocación de los seguros son los mismos ejecutivos de las instituciones o en

algunos casos se llegan hasta instalar módulos en las instituciones de crédito a través de los cuales se ofrece la venta de seguros.

En último semestre del año 2002 se dio una publicidad que llamó poderosamente la atención del sector asegurador, publicidad que se genera principalmente en Monterrey y su área metropolitana, ya que se ofreció por una mueblería la venta de seguros de automóviles, lo cual otra vez, contraviene los reglamentos establecidos para la actividad aseguradora.

No perdamos de vista que no estamos criticando el hecho de la venta masiva de los seguros, ya que esto es una de sus principales características, además no tenemos lugar a dudas que los seguros comercializados son definitivamente de empresa, lo que estamos puntualizando es el hecho de que la venta no se hace por quien directamente es adecuado para tales efectos.

El impacto que conlleva no realizar la venta de seguros por quien no es el canal adecuado es de verdad importante, ya que al no observar los lineamientos establecidos por el reglamento de agentes de seguros y fianzas, así como la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se esta afectando el interés general, así como la importancia en el aspecto social que el seguro tiene.

3.- Propuesta de reformas a los artículos 23 y 42 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Por la forma en que se ha dado la comercialización de los contratos de seguros a través de las instituciones de crédito conviene realizar las reformas y adiciones a los artículos citados en el título, tendientes a dar certidumbre al público consumidor de seguros.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

23.- “Para los efectos de esta Ley, se considerarán agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de los contratantes”

Con respecto a éste artículo conviene adicionarlo de tal forma en que se consideren agentes de seguros a aquellas personas pertenecientes a las instituciones de crédito que reiteradamente hagan las funciones que se refieren en el artículo comentado, buscando con ello someter a la consideración de agentes de seguros a los ejecutivos o personal de las instituciones de crédito que ofrezcan y coloquen en el público los contratos de seguros.

La necesidad de sumar al concepto de agentes de seguros a los ejecutivos o personal de las instituciones es para que estos se hagan acreedores también a las sanciones e infracciones que establece la ley para los agentes de seguros, así como para que tales personas estén sujetas a la supervisión y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Esta adición que propongo puede ser acompañada por una circular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en la cual se obligue a las Instituciones de Crédito proporcionar a la Comisión de Seguros y Fianzas el nombre de las personas que han de comercializar los seguros.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

42.- “ Los agentes de seguros sólo podrán cobrar primas contra el recibo oficial expedido por las instituciones. Las primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por las aseguradoras.

Cuando un agente de seguros, vinculado a una institución de seguros por una relación laboral o un contrato mercantil o por cuyo conducto la propia institución

haya aceptado la contratación de seguros, entregue a una persona recibos o documentos oficiales para la solicitud o contratación de seguros, obligará a la institución en los términos que se hayan establecido en dichos documentos.

Los recibos oficiales entregados en los términos del párrafo anterior por un agente, amparando un contrato de seguros en el que identifiquen riesgos cubiertos, obligarán igualmente a la institución aseguradora.

Sólo podrá celebrar contratos a nombre y por cuenta de una institución de seguros el agente de seguros designado expresamente por ésta para actuar como su apoderado.

El artículo en comento debe ser adicionado en su primera parte de tal manera que sean consideradas con los efectos anunciados para las primas, los pagos recibidos por los ejecutivos o funcionarios de las instituciones de crédito, ya que a la fecha estos no son considerados como agentes de seguros, luego entonces los conceptos que a ellos sean entregados como primas no podrán causar los efectos legales que se les atribuyen.

Adicionalmente a lo anterior, deben de ser incluidos en el artículo 42 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros los funcionarios y ejecutivos de las instituciones de seguros que coloquen seguros entre el público para que los documentos, recibos y demás instrumentos por ellos expedidos tengan los efectos que refiere el mencionado artículo.

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

CONCLUSIONES

Primera.- Resulta ser benéfica la subrogación en el seguro de gastos médicos.

Segunda.- La subrogación en el seguro de gastos médicos permitirá a las instituciones de seguros recuperar sumas de dinero que al momento de pagarlas se estimaban como pérdidas e irrecuperables.

Tercera.- La subrogación en el seguro de gastos médicos hará que se comience a ver un cambio en la forma en que se manejen los siniestros por parte de las instituciones, ya que tendrán que diferenciar entre aquellos en que haya un responsable y en los que no.

Cuarta.- La subrogación en los gastos médicos cambiará forzosamente las políticas de atención de siniestros, así como las políticas de administración de las áreas de gastos médicos, daños y automóviles.

Quinta.- Los expedientes de los siniestros tendrán que ser llevados de forma diferente, ya que la composición de los mismos deberá ser adicionada con documentos que actualmente no son requeridos.

Sexta.- La subrogación en el seguro de gastos médicos hará que las instituciones de seguros inviertan en capacitación para sus ajustadores, especialmente los dedicados al ramo de automóviles, así como llevar a cabo la contratación de más despachos de abogados destinados al cobro de tales cantidades.

Séptima.- La subrogación en el seguro de gastos médicos representa la posibilidad de un cambio en la forma de ver y manejar la responsabilidad civil, la cual ira apuntando cada vez más hacia la forma norteamericana.

Octava.- Con la subrogación en el seguro de gastos médicos se tendrá la posibilidad de demandar a cualquier persona que cause un daño a través del cual se vea afectado una cobertura de gastos médicos.

Novena.- Al existir la subrogación en el seguro de gastos médicos se empezarán a presentar demandas en contra de profesionistas, como pueden ser médicos, ingenieros, arquitectos, así como se presentarán demandas en contra de centros comerciales, restaurantes, discotecas, etcétera.

Décima.- Con la subrogación en seguro de gastos médicos se verá incrementado el mercado de la responsabilidad civil, ya que ante la posibilidad de demandar a cualquier persona física o moral que cause un daño se requerirá la necesidad de contratar ésta cobertura.

Décima Primera.- Los asegurados reportarán un beneficio con la subrogación en el seguro de gastos médicos.

Décima Segunda.- El beneficio directo del asegurado en el que disminuyan los costos de las primas en los posteriores contratos que celebren con la misma empresa.

Décima Tercera.- Los asegurados tendrán como beneficio adicional la recuperación de los gastos pagados en exceso o fuera de tabulador, como lo serían honorarios adicionales, tratamientos de terapeutas no incluidos en el contrato de seguro.

Décima Cuarta.- Los asegurados recuperarían con la subrogación en el seguro de gastos médicos los pagos que por concepto de deducible y coaseguro hagan a la institución de seguros.

Décima Quinta.- Al existir la subrogación en el seguro de gastos médicos las compañías diseñarán nuevos productos que hagan más y mejores las coberturas a un menor precio.

Décima Sexta.- La subrogación en el seguro de gastos médicos traerá beneficios a los agentes de seguros ya que verán aumentadas sus ganancias al ser estimulados con premios por su colaboración en las actividades de recuperación de los gastos médicos.

Décima Séptima.- La cartera de los agentes se verá incrementada ahora en el concepto de los seguros de responsabilidad civil.

Décima Octava.- La Ley Sobre el Contrato de Seguro requiere ser modificada de tal forma que se permita a las instituciones de seguros y asegurados estar en igualdad de circunstancias frente a la subrogación en el seguro de gastos médicos.

Décima Novena.- La reforma que se debe dar a la Ley Sobre el Contrato de Seguro en lo referente a las instituciones de seguros es que estas obtengan la información del siniestro a tiempo para poder iniciar su procedimiento de recuperación.

Vigésima.- Para que los asegurados estén en posición de igualdad frente a las instituciones de seguros, debe ser reformada la Ley General de Instituciones a fin de que se determinen la rebaja de precios en las primas en forma de imperativo legal.

Vigésima Primera.- La disminución en los costos de las primas debe ser hecho a través de la legislación a fin de que sea imperativo legal de observancia general para todas las instituciones.

Vigésima Segunda.- La disminución en el precio de las primas debe ser a través de la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros ya que de no ser de forma imperativa para las empresas se desataría una competencia que no dejaría nada bueno en el sector asegurador.

Vigésima Tercera.- La comercialización de contratos de seguros a través de instituciones de crédito viola la totalidad del marco jurídico establecido para tal actividad.

Vigésima Cuarta.- La venta de seguros a través de las instituciones de crédito es buena desde el punto de vista que acrecenta la cultura del seguro.

Vigésima Quinta.- Resulta necesaria la actualización de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en cuanto la inclusión de los funcionarios, empleados o ejecutivos de las instituciones que coloquen seguros entre el público.

Vigésima Sexta.- La reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deberá darse en los términos de considerar como primas recibidas por las mismas instituciones de seguros, los pagos hechos a los empleados bancarios.

Vigésima Octava.- Se debe considerar a los empleados bancarios como agentes de seguros a fin de aplicarles sanciones e infracciones, así como estar sujetos a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

BIBLIOGRAFIA

I.- TRATADOS.

Acosta Romero, Miguel
Lara Luna, Julieta Areli
Nuevo Derecho Mercantil
Editorial Porrúa México, D.F. 2000.

Albanese, Susana.
Casos Médicos
Relaciones jurídicas emergentes del ejercicio de la medicina
Ediciones La Roca. Buenos Aires 1994.

Barrera Graf, Jorge.
Derecho Mercantil.
México U.N.A.M. 1983
Instituciones de Derecho Mercantil
Editorial Porrúa. México, D.F. 2000.

Boldó Roda, Carmen.
El beneficiario en el seguro de vida
J.M. Bosch Editor, S.A. Barcelona 1998.

Borja Soriano, Manuel.
Teoría General de las Obligaciones.
Editorial Porrúa. México 1989.

Broseta Pont, Manuel.
Manual de Derecho Mercantil.
Editorial Tecnos. Madrid 1971.

Calvo Marroquin, Octavio.
Puente y Flores, Arturo
Derecho Mercantil
Editorial Banca y Comercio. México, D.F. 1991.

Cervantes Ahumada, Raúl.
Títulos y Operaciones de Crédito.
Editorial Herrero. México 1975.

Corvera Caraza, Gabriel.
Espejel Montiel, Francisco.

González Alcocer, Aurelio.
La responsabilidad civil
Comité Jurídico Swiss Re. México, D.F. 2002.

Delgado, Juan Manuel. Gutiérrez, Juan (coord).
Métodos y Técnicas Cualitativas de la Investigación en Ciencias Sociales.
Editorial Síntesis. Barcelona 1995.

De los Mozos, José Luis.
El principio de la buena fe.
Bosch Casa Editorial. Barcelona 1965.

Díaz Bravo, Arturo.
Contratos Mercantiles
Editorial Oxford México, D.F. 2001.

Gaudemet, Eugene.
Teoría General de las Obligaciones.
Trad. Pablo Macedo. Editorial Porrúa
México 1974.

Gutiérrez y González, Ernesto
Derecho de las obligaciones
Editorial Porrúa. México, D.F. 2001.

Hernández Santieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos. Baptista Lucio, Pilar.
Metodología de la Investigación.
Ed. Mc Graw Hill. México, D.F. 2002.

Halperin, Isaac.
Lecciones de seguros.
Ediciones de Palma. Buenos Aires. 1993.

Hill Prados, María Concepción.
El reaseguro
J.M. Bosch Editor, S.A. Barcelona 1995

Itzigsohn De Fischaun, Maria E.
Seguros.
Enciclopedia Jurídica Ormeba. Tomo XXV
Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires.

Mantilla Molina, Roberto.
Derecho Mercantil
Editorial Porrúa. México, D.F. 1993.

Meilij, Gustavo Raúl.
Seguros de Vida
Ediciones De Palma. Buenos Aires 1995.

Palomar de Miguel, Juan.
Diccionario para Juristas.
Mayo Ediciones. México 1971.

Petit, Eugene.
Tratado Elemental de Derecho Romano.
Trad. José Fernández González y José M. Rizzi
Editorial Porrúa. México 1974.

Perán Ortega, Juan.
La responsabilidad civil y su seguro.
Editorial Tecnos. Madrid 1998.

Ruiz Rueda, Luis.
El Contrato de seguro.
Editorial Porrúa. México 1978.

Rodríguez y Rodríguez, Joaquín.
Derecho Mercantil tomo I
Editorial Porrúa. México, D.F. 1978.
Derecho Mercantil tomo II
Editorial Porrúa. México, D.F. 1978.

Vázquez Ferreyra, Roberto A.
Responsabilidad por daños (elementos)
Ediciones De Palma. Buenos Aires 1993.

Vázquez Del Mercado, Oscar.
Contratos Mercantiles
Editorial Porrúa México, D.F. 1994.

II.- PONENCIAS Y CONFERENCIAS.

Alarcón Fidalgo, Joaquín.
Factor Tiempo, Responsabilidad Civil y Seguro de R.C. General
Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas. Guanajuato, Gto.
5, 6 y 7 de Noviembre 1998.

Díaz Magallón, Gerardo.
Pólizas de Responsabilidad Civil: La temporalidad de la reclamación y la Caducidad de los derechos del beneficiario.

Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guanajuato, Gto. 5, 6 y 7 de Noviembre 1998.

Vega Casián, Orencio.

El concepto de buena fe.

Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guanajuato, Gto. 5, 6 y 7 de Noviembre 1998.

Medina Magallanes, Pablo.

La propuesta en el contrato de seguro.

Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guanajuato, Gto. 5, 6 y 7 de Noviembre 1998.

Sepulveda Sandoval, Carlos.

Hinojosa Dieck, Heriberto.

La buena fe durante la vigencia del contrato de seguro.

Ponencia en el Segundo Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guanajuato, Gto. 5, 6 y 7 de Noviembre 1998.

Saenz Padilla, José Pablo.

Fraude Contractual en el seguro de personas

Ponencia en el Tercer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Veracruz, Ver.
9, 10 y 11 de Noviembre del 2000.

Moctezuma, Jorge

El contrato de seguros consensual y el contrato real.

Ponencia en el Tercer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Veracruz, Ver. 9, 10 y 11 de Noviembre del 2000.

Gutiérrez Bocanegra, Facundo.

Las condiciones generales y las cláusulas abusivas en el contrato de seguro

Ponencia en el Tercer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Veracruz, Ver. 9, 10 y 11 de Noviembre del 2000.

Corvera Caraza, Gabriel.

La cláusula de indisputabilidad en el seguro sobre la vida.

Ponencia en el Tercer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Veracruz, Ver. 9, 10 y 11 de Noviembre del 2000.

Trigueros Geissman, Gerardo.

La subrogación en el seguro de gastos médicos

Ponencia en el Cuarto Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guadalajara, Jal. 20, 21 y 22 de Noviembre del 2002.

Corvera Caraza, Gabriel.

La subrogación en el seguro de gastos médicos

Ponencia en el Cuarto Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas.
Guadalajara, Jal. 20, 21 y 22 de Noviembre del 2002.

Hinojosa Dieck, Heriberto.

El seguro de personas.

Conferencia en el Seminario de Actualización para el
Poder Judicial Federal "Sistema de seguros en México"
Monterrey, Nuevo León 5 y 6 de septiembre 2001.

Hinojosa Dieck, Heriberto.

Juicio de Nulidad del Contrato de Seguro de Vida.

Conferencia en Seminario Jurídico
Grupo Nacional Provincial, S.A.
México, D.F. 11 de Agosto del 2001.

III.- PUBLICACIONES PERIODICAS.

Minzoni Consorti, Antonio

Seguro y Reaseguro frente al tercer milenio

Artículo

Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas

Tomo 51. Número 588. Marzo de 1999.

Gema Editores. México, D.F.

Olivas Ugalde, Julián.

La forma del contrato de seguro.

Artículo

Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas

Tomo 51. Número 578. Junio de 1998.

Gema Editores. México, D.F.

Peña Velazquez, José Enrique

La responsabilidad del agente de seguros ante la sociedad.

Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas

Tomo 51. Número 591. Junio de 1999.

Gema Editores. México, D.F.

Mangialardi, Eduardo.

El proyecto Genoma Humano y el Seguro de Personas.

Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas

Tomo 53. Número 604. Julio del 2000.

Gema Editores. México, D.F.

Hinojosa Dieck, Heriberto
El Nuevo reglamento de agentes de seguros
Infosel Legal [www. legal.com.mx](http://www.legal.com.mx)

IV.- PAGINAS INTERNET

[http//legal.terra.com.mx](http://legal.terra.com.mx)

<http://www.scjn.gob.mx>

<http://www.cnsf.gob.mx>

V.- LEGISLACION.

Código de Comercio.

Código Civil del Distrito Federal.

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Compendio Jurisprudencial y marco legal en materia de seguros
Comite Jurídico Swiss Re.

IUS 2000

Compilación de Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

