



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CAMPUS GUADALAJARA

JUAN PABLO MEJÍA GONZÁLEZ

LOS LÍMITES JURÍDICOS DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO

**Tesis presentada para optar por el título de Licenciado en
Derecho con Reconocimiento de Validez
Oficial de Estudios de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA,
según acuerdo número 86809 con fecha 13-VIII-86**

Zapopan, Jalisco, Junio de 2011.

Guadalajara, Jalisco, México a 18 de Junio del año 2008.

Lic. César Guillermo Uribe Tapia.
Director de la Escuela de Derecho
Universidad Panamericana
Sede Guadalajara
Presente.

Estimado Licenciado Uribe:

En mi carácter de Asesor de tesis profesional le informo que he revisado y aprobado el documento titulado "**LOS LÍMITES JURÍDICOS DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO**"; que como trabajo de investigación para recepción profesional presenta el pasante en derecho **JUAN PABLO MEJÍA GONZÁLEZ**, tesis que en mi concepto y en los términos requeridos por la Universidad Panamericana, reúne todos los requisitos de fondo y forma de un trabajo recepcional.

Sin más por el momento, quedo como siempre a sus amables órdenes.

Atentamente,



Lic. Álvaro Gómez Minakata.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CAMPUS GUADALAJARA

DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

C. JUAN PABLO MEJÍA GONZÁLEZ
Presente.

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes Profesionales y después de haber analizado el trabajo de titulación en la opción TESIS titulado: **"LOS LÍMITES JURÍDICOS DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO"**, presentado por Usted, lo manifiesto que reúne los requisitos a que obligan los reglamentos para ser presentado ante el H. Jurado del Examen Profesional, por lo que deberá entregar siete ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

Atentamente

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN



DR. EDUARDO ISAIÁS RIVERA RODRÍGUEZ

ESPECIAL DEDICATORIA

A Dios.

*A mis padres por su
amor y ejemplo.*

*A Claudia y Carolina por
su amor y apoyo.*

A Karina y Alfredo.

*A mis familiares y
amigos.*

*A mi mismo, por cumplir
un gran sueño.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
 CAPÍTULO PRIMERO.	
I. ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO.....	11
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO.....	11
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO EN MÉXICO.....	12
 CAPÍTULO SEGUNDO.	
II. EL CONTRATO DE SEGURO.....	18
1. CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	18
2. CONCEPTO DEL CONTRATO DE SEGURO.....	19
2.1 LA FORMA DEL CONTRATO DE SEGURO.....	21
3. CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	23
4. PARTES INVOLUCRADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	27
4.1 EL ASEGURADO.....	27
4.2 EL BENEFICIARIO.....	28
4.3 EL TERCERO AFECTADO.....	30
5. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO.....	32
5.1 EL RIESGO.....	32
5.1.1 INCIERTO O ALEATORIO.....	35
5.1.2 POSIBLE.....	36
5.1.3 CONCRETO.....	36
5.1.4 LÍCITO.....	37
5.1.5 FORTUITO.....	38
5.2 LA EMPRESA ASEGURADORA.....	45
5.3 LA GARANTÍA.....	48

5.4 LA PRIMA.....	48
5.4.1 LA EXTRAPRIMA.....	52
5.5 EL INTERÉS ASEGURABLE.....	53
CAPÍTULO TERCERO	
III. LA FORMACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	57
1. LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	57
2. FORMACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	60
2.1 LA OFERTA.....	60
2.2 EL ACUERDO DE VOLUNTADES.....	62
2.3 EL OBJETO.....	66
2.4 LA PÓLIZA.....	67
2.4.1 NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA.....	72
3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	75
CAPÍTULO CUARTO	
IV. DOS GRANDES RAMOS DEL SEGURO.....	77
1. SEGURO DE DAÑOS.....	77
2. SEGURO DE PERSONAS.....	79
CAPÍTULO QUINTO	
V. EL SINIESTRO.....	81
1. EL SINIESTRO	81
1.1 CLASES DE SINIESTRO.....	87
1.1.1 FORTUITO.....	88
1.1.2 VOLUNTARIO.....	88
1.2 LA SUMA ASEGURADA.....	90
1.3 EL AJUSTADOR DE SEGUROS.....	94

1.4 EL PERITO.....	96
1.5 LA INDEMNIZACIÓN.....	98
1.6 VÍA.....	101
1.7 PRESCRIPCIÓN.....	104

CAPÍTULO SEXTO

VI. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.....107

1. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	107
1.1 OBLIGACIÓN DE MANTENER LA OFERTA.....	107
1.2 OBLIGACIÓN DE DECLARAR LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECICACIÓN DEL RIESGO.....	107
1.3 OBLIGACIÓN DE PAGO DE PRIMAS.....	109
1.4 OBLIGACIÓN DE COMUNICAR LAS AGRAVACIONES ESENCIALES DEL RIESGO	110
1.5 OBLIGACIÓN DE DAR AVISO DE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO	110
1.6 OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN A LA ASEGURADORA	114
1.7 OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS	116
1.8 OBLIGACIÓN DE EVITAR O DISMINUIR EL DAÑO.....	116
1.9 OBLIGACIÓN DE MANTENER EL ESTADO DE LAS COSAS.....	118
2. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.....	119
2.1 AVISO.....	119
2.2 INFORMACIÓN.....	123
2.3 SALVAMENTO E INVARIABILIDAD.....	129

2.1.1 AVISO.....	139
2.2.1 INFORMACIÓN.....	142
2.3.1 SALVAMENTO E INVARIABILIDAD.....	145
CONCLUSIONES.....	148
PROPUESTAS.....	149
BIBLIOGRAFÍA.....	152

INTRODUCCIÓN

“La disciplina lleva al hombre a realizar los anhelos mas profundos de su corazón.”

Madre Teresa de Calcuta.

Sin duda, uno de los anhelos de mayor arraigo en el hombre, es el deseo vehemente de Justicia, la cual permita ser y crecer en todos los aspectos al ser humano, logrando con ello una mejor convivencia social.

Por ello, con el ánimo de influir positivamente en nuestro sistema jurídico y por algunas otras razones, el documento titulado *“Los límites jurídicos de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro”*, representa una invitación a la reflexión en forma y fondo para determinar el actuar de las aseguradoras y asegurados al momento de la existencia de un siniestro dentro de un marco contractual.

En principio analizaremos los antecedentes históricos del contrato de seguro, desde sus primeros orígenes hasta el surgimiento de la Ley sobre el Contrato de seguro; seguido del estudio de las partes y los elementos del contrato de seguro; en tercer lugar, determinaremos la formación del contrato de seguro; posteriormente estudiaremos los dos grandes ramos del seguro: Daños y Personas; en el quinto capítulo, conoceremos el siniestro; concluyendo con las obligaciones del asegurado al momento del siniestro; con sus respectivas conclusiones y propuestas.

Debido al método deductivo utilizado en nuestro trabajo, y al análisis de las tres obligaciones principales del asegurado al momento del siniestro consistentes en: Aviso, Información y Salvamento e Invariabilidad, lograremos establecer con claridad los limites de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro.

Aportando límites precisos y claros para las partes involucradas en la celebración del contrato, logrando un mejor equilibrio contractual en beneficio del mercado asegurador.

Por tanto, comencemos a conocer aun mejor las bondades del contrato de seguro, el cual sin lugar a duda, es el contrato de *buena fe* por excelencia.

LOS LÍMITES JURÍDICOS DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

CAPÍTULO PRIMERO.

I. ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO.

El seguro nació con el comercio, así lo ha establecido la doctrina, ya que al llevarla a cabo esta actividad mediante la transportación de las mercancías, las mismas eran motivo de exposición de diversos riesgos como: Hundimiento, piratería, robo, etc., lo cual ocasionaba grandes pérdidas tanto materiales como humanas, creando la necesidad entre los propios comerciantes de unirse a través de mutualidades a fin de protegerse de estas pérdidas y disminuir con esto los riesgos a los cuales se exponían, creando al efecto fondos, mismos que se formaban con las aportaciones de los integrantes de estos grupos o mutualidades.

La finalidad de la mutualidad era hacer frente a los riesgos que amenazaban a los bienes de los integrantes de la misma, a través de la reciprocidad de los fondos con los miembros que la integraban.

La palabra mutualidad se deriva del latín *mut us*, y significa lo que es equivalente a la calidad o condición del mutuo, es decir, a lo que recíprocamente hacen dos o más personas, por lo que el concepto mutualista comprende la asociación de dos o más personas para lograr determinados fines comunes¹.

La *mutualidad*, es una participación con la finalidad de crear una defensa o garantía contra ciertos riesgos que amenazan la vida o la salud de los asociados, como pueden ser las enfermedades, los accidentes, la vejez, la invalidez, etc. La

¹ SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. *El Contrato de Seguro Privado*. México, Editorial Porrúa, 2000, p. 1.

mutualidad es una asociación o participación con fines benéficos basada en la reciprocidad y solidaridad de los miembros que la integran.

Al paso del tiempo y conociendo con aproximación cual sería el número de siniestros o hechos realizados, el número de víctimas de los siniestros y el monto de los daños causados en un lapso de tiempo determinado, gracias al cálculo de las probabilidades, (lo que conocemos actualmente como la *Ley de los grandes números*) con ello, la mutualidad dejó de ser una distribución de pérdidas y se convirtió en una distribución de riesgos.

Por tanto, desde la antigüedad ya se conocía el seguro, no en la forma que actualmente lo conocemos, pero sí en una forma de protección mutua, es decir, de mutualidad.

Prácticamente el seguro se inicia en la segunda mitad del siglo XVII, con el desarrollo del seguro terrestre y la empresa asegurativa.

Es Londres la ciudad donde se da mayor impulso al seguro, pues después del célebre incendio de 1666, nace el seguro contra incendio, y un siglo más tarde con el *Gambling Act* de 1764, el seguro de vida.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTRATO DE SEGURO EN MÉXICO.

El Código de Comercio Mexicano, expedido por decreto de 16 de Marzo de 1854, promulgado el 16 de Mayo de 1854, iniciando su vigencia el 27 del mismo mes y año, siendo Presidente de la República Antonio López de Santa Ana y conocido como Código de Lares, en atención a su autor, reglamentó los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos, en el Título VII de su Libro Segundo,

dedicado a los Seguros de Conducción Terrestres y en la sección IV del Título III de su Libro Tercero aludió a los Seguros Marítimos².

Durante la vigencia del Código de Lares, aparecieron las empresas aseguradoras denominadas “La Previsora” y “La Bienhechora”, como mutualistas de incendio y de vida.

El Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la República de la Baja California, aprobado por el Congreso Federal en el año de 1870, en su Libro Tercero, Título XVII, Capítulo II, reguló los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones del ordenamiento de comercio que en esa época aún no se había expedido. Es importante destacar que en su exposición de motivos, por primera ocasión se invocó la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro³.

El 14 de Diciembre de 1883 se reforma la Constitución de 1857, en la fracción X de su artículo 72, en el sentido de considerar al Congreso de la Unión como el único órgano facultado para legislar en materia de comercio en todo el país; por lo que, a partir de entonces la materia mercantil en México adquiere el carácter o naturaleza federal, y consecuentemente, el contrato de seguro se consideraba en ese contexto, de conformidad a los presupuestos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio; toda vez que en caso contrario su regulación se sujetaba a los términos del Código Civil de 1884, que reproducía setenta y siete artículos del ordenamiento anterior; el texto de ese precepto en 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 comerciales⁴.

² *Ibidem*, p. 5.

³ *Idem*.

⁴ *Idem*.

El Código de Comercio de 1884, configuró el contrato de seguro como mercantil, de carácter federal y además como contrato civil, regido por los Códigos Civiles Locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos de seguros no llenaran los requisitos consignados en el referido artículo 682 del Código de Comercio, con independencia del contrato civil con carácter local, por lo que se refiere al seguro de personas⁵.

El Código de Comercio de 1889, mismo que fue promulgado el 15 de Septiembre de 1889, para iniciar su vigencia el 1º de Enero de 1890, 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 vigente actualmente, estableció el criterio para determinar la mercantilidad del seguro, calificando como actos de comercio los contratos de seguro de toda especie, siempre que fueran celebrados por empresas. Contempló específicamente los seguros contra incendio, de transporte terrestre y sobre la vida, dejando abierta la posibilidad de que cualquier otra clase de riesgos provenientes de casos fortuitos o accidentes, fueran objeto de un contrato de seguro mercantil, siempre que lo pactado fuere lícito y apegado a la nueva legislación. Es de mencionar que el seguro marítimo fue objeto de una sección especial⁶.

Es hasta 1892, cuando el Estado empieza a legislar de una manera integral sobre la actividad aseguradora. Siendo Presidente de la República el General Porfirio Díaz, se expidió la Ley sobre Compañías de Seguros, en la que prevalecía el principio de libertad de operación, pero sujeto a ciertas medidas de control, entre las que destacaba la obligación de dichas compañías, de publicar su situación financiera, a fin de permitir a quienes contrataban con ellas, tener garantía sobre los servicios que podían ofrecer⁷.

A pesar que la citada ley no estableció requisito alguno para desempeñar la actividad aseguradora, exigía a las personas, físicas o morales, dedicadas a ella, a

⁵ *Ibidem*, p. 6.

⁶ *Idem*.

⁷ *Idem*.

acreditar ante la Secretaría de Hacienda haber cumplido los requisitos que el Código de Comercio establecía para los comerciantes, además de los contenidos en la ley especial, así como, tratándose de aseguradoras extranjeras, a tener un agente domiciliado en el país con poder suficiente que las representara ante el público asegurado y las autoridades⁸.

Para 1893, el seguro de vida era practicado por dos compañías mexicanas: “La Mexicana” y “La Fraternal”, así como por siete agencias de empresas norteamericanas⁹.

Así, en 1897 uno de los primeros agentes de seguros que operaron en México, William B. Woodrow, fundó la primera empresa de seguros instalada en nuestro país, la Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S.A., dedicada al ramo de daños, suscribiendo los riesgos de transporte, incendio y diversos y cuya denominación actual es Generali México, Compañía de Seguros, S.A¹⁰.

Posteriormente, en 1901, L. E. de Neergaard, corresponsal del New York Life Insurance Co., concibió el proyecto de constituir lo que sería la primera sociedad de seguros sobre la vida con sede en el país, La Nacional, Compañía de Seguros Sobre la Vida S.A., cuya denominación actual es Grupo Nacional Provincial, S.A¹¹ (GNP).

Para 1906 se funda, para manejar también el ramo de vida, La Latino Americana Mutualista, Compañía de Seguros Sobre la Vida, Sociedad Cooperativa, cuya denominación actual es La Latinoamericana, Seguros, S.A¹².

Para 1908 se funda “La Veracruzana” para practicar seguros de incendio y transportes¹³.

⁸ *Ibidem*, p. 7.

⁹ *Idem*.

¹⁰ *Idem*.

¹¹ *Idem*.

¹² *Idem*.

¹³ *Idem*.

El día 25 de Mayo de 1910, se promulgó la primera ley que en forma moderna, para aquella época, reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en México, denominada Ley de Compañías de Seguros Sobre la Vida¹⁴.

El 25 de Mayo de 1926, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguros, la cual constituyó el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras, extendiendo con esto el sistema de control estatal que ya existía para el seguro de vida¹⁵.

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

- a) La “**Ley Sobre el Contrato de Seguro**”, elaborada por el **Licenciado Manuel Gual Vidal**, quien se dice se inspiró en gran parte en la Ley Federal Suiza del contrato de seguro, de 2 de Abril de 1908 y en la Ley Francesa relativa al mismo contrato de 13 de Julio de 1930. Esta ley establecía las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato; consagró reglas y principios técnicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo; el de las cargas de descripción de éste, antes y después de concluido el contrato; el de la exclusión legal de ciertos riesgos técnicamente no asegurables; el de las consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas; así como el carácter imperativo de sus disposiciones. Como caso de excepción, dicho ordenamiento especificó que los seguros marítimos se regirían por el Código de Comercio, por lo cual, sólo les serían aplicables sus disposiciones en lo que fueran compatibles, y
- b) La “**Ley General de Instituciones de Seguros**”, que dejó sentadas las bases para el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México.

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Ibidem*, p. 8.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de Enero de 1990, se promulgó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros¹⁶.

Mediante Diario Oficial de la Federación de fecha 17 de Mayo de 1993, se publicó el nuevo Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas¹⁷.

Mediante Diario Oficial de la Federación del 18 de Enero de 1999 se publica la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros misma que es reformada mediante publicación del 5 de Enero de 2000, ley que crea a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Comisión que tendrá por objeto, de acuerdo a la exposición de motivos de la citada Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, promover, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por las entidades financieras, procurar crear una cultura en esta materia entre el público en general y proveer de la información necesaria a los usuarios citados, para que puedan decidir con mayores y mejores elementos, las decisiones relativas a la contratación de servicios financieros¹⁸.

¹⁶ *Ibidem*, p. 11.

¹⁷ *Idem*.

¹⁸ *Ibidem*, p. 12.

CAPÍTULO SEGUNDO.

II. EL CONTRATO DE SEGURO.

1. CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

De acuerdo a la doctrina y legislación mexicana, para que pueda existir un contrato es necesario que existan dos elementos:

a) Consentimiento.

El consentimiento existe cuando una persona manifiesta de forma expresa ó tácita su conformidad respecto a un hecho u acto. Cabe señalar, que el artículo 11 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, establece que cualquier tercero puede contratar un seguro, en el entendido que posea interés asegurable.

Artículo 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.

b) Objeto.

El objeto de todo contrato debe de ser lícito y susceptible de realizarse en el tiempo y el espacio a efecto de ser materia asegurable.

El objeto se clasifica en directo e indirecto. El primero consiste en la conducta de los contratantes que se manifiesta como una prestación de hacer, que a su vez consiste en entregar un bien o un servicio; mientras que el segundo, es decir, el objeto indirecto, es la cosa misma, los bienes o servicios. De esta suerte se presentan dos situaciones: la prestación de un hecho y la prestación de una cosa¹⁹.

¹⁹ LEON TOVAR, Soyla H. *Contratos mercantiles*. México, Editorial Oxford, 2004, p. 72.

Los seguros se dividen en dos grandes ramas, esto es *daños y personas*; el artículo 85 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece al interés asegurable como el objeto del contrato de seguro, mientras que el artículo 151 de la Ley sobre el Contrato de Seguro señala los riesgos objeto del contrato de seguro sobre las *personas*.

“Artículo 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.”

“Artículo 151.- 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.”

Estos son elementos mínimos indispensables para la celebración de un contrato, ahora bien, existen causas de invalidez para el contrato las cuales es oportuno señalarlas y conocerlas, teniendo en cuenta que estamos analizando el contrato de forma genérica.

El contrato puede ser invalidado por las siguientes causas:

- a) Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas.
- b) Por vicios del consentimiento.
- c) Porque su objeto, motivo o fin, sea ilícito.
- d) Porque el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley establece.

2. CONCEPTO DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

embargo, tiene una doble naturaleza pues también presenta el carácter de una norma jurídica individualizada²⁰.

El contrato se define como un acuerdo de voluntades para crear o transmitir derechos y obligaciones; es una especie dentro del género de los convenios. El convenio es un acuerdo de voluntades para crear, transmitir, modificar o extinguir obligaciones y derechos reales o personales; por lo tanto, el convenio tiene dos funciones: una positiva, que es crear o transmitir obligaciones y derechos, y otra negativa: modificarlos o extinguirlos²¹.

Concepto de *Seguro*:

(Del latín *securus*, cierto, firme, verdadero.)

Nuestra legislación regula el contrato de seguro en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 1º nos define lo que debemos entender por contrato de seguro:

Artículo 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.”

Castelo Matrán define al contrato de seguro como:

En general, es el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes (asegurador y asegurado), especificándose sus derechos y obligaciones respectivos. Desde un punto de vista legal, 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. Mientras que el contrato suscrito con una compañía anónima agota prácticamente el contenido de las relaciones entre las partes que lo suscriben, la relación jurídica que se establece con una sociedad mutua o cooperativa, es generalmente de naturaleza plural, ya que al coexistir necesariamente la doble condición de socio y de tomador del seguro (salvo en las cooperativas del trabajo asociado) éstas quedan documentadas, respectivamente, en los estatutos sociales (relación jurídico-social) y en el contrato de seguro o póliza (relación jurídico-asegurativa). Este contrato se caracteriza por ser,

²⁰ INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS. *Diccionario Jurídico Mexicano*. México, Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999, p. 691.

²¹ ROJINA VILLEGAS, Rafael. *Derecho Civil Mexicano*. Tomo VI. México, Editorial Porrúa, 1998, p. 9.

fundamentalmente, consensual, bilateral, aleatorio, oneroso, de adhesión y por estar basado en la buena fe²².

El seguro es una circunstancia económica que reduce el riesgo de pérdida, tanto para la sociedad como para cada individuo mediante la combinación y administración de un amplio número de participantes de manera que las pérdidas pueden ser predecibles dentro de los límites razonables.

El seguro implica un contrato con carácter legal en el que la Aseguradora se compromete a pagar en caso de siniestro el monto de una pérdida total o parcial, como contrapartida el Asegurado pagará una cantidad denominada prima²³.

Para Halperin el contrato de seguro es:

Un contrato oneroso por el que una parte (asegurador) espontáneamente asume el riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado mediante el pago de una prestación apreciable en dinero, por un monto determinado o determinable, y en el que la obligación, por lo menos de una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acaecimiento²⁴.

Para Greene el contrato de seguro es:

El seguro es una institución económica que reduce el riesgo combinando bajo una sola dirección un grupo de objetos situados de tal manera que las pérdidas accidentales acumuladas a que el grupo está expuesto se vuelven predecibles dentro de límites reducidos. El seguro se lleva a efecto mediante ciertos contratos legales bajo los cuales el asegurador, por el pago de una prima, promete reembolsar al asegurado o prestarle determinados servicios en caso de sufrir ciertas pérdidas accidentales que se describen, durante la duración del acuerdo²⁵.

2.1 LA FORMA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Por lo que se refiere a la naturaleza jurídica del contrato de seguro se ha establecido en el derecho mexicano, que la redacción por escrito del contrato de

²² CASTELO MATRAN, Julio. *Diccionario Mapfre de Seguros*. España, Editorial Mapfre, S.A., 1988, p. 67.

²³ JIMENEZ CASTAÑEDA, Rafael. *Curso de daños I*. México, Editorial Seguros América, Centro Educativo América, 1999, p. 11.

²⁴ Vid. Isaac Halperin, *Contrato de seguro*, 2a. ed., Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1966, p. 31. Definición que dice es de Bruck. Apud. LEON TOVAR, Soyla H. *Contratos mercantiles*. México, Editorial Oxford, 2004, p. 595.

²⁵ GREENE, Mark R. *Riesgo y Seguro*. España, Editorial Mapfre, S.A., 1979, p. 74.

seguro constituye un requisito *ad probationem*, no *ad solemnitatem*. Aunque se establece la constancia por escrito del contrato de seguro y de sus reformas y adiciones, para fines de prueba, en donde también se admite expresamente la confesional, ya que el perfeccionamiento del contrato es consensual, y no puede sujetarse éste a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición de pago de la prima. Al respecto los artículos 19 y 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establecen:

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21.- El contrato de seguro:

I.- Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

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

III.- Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y sino lo fuere, a partir de la oferta.

De igual forma encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito, la cual nos ilustra acerca del acuerdo de voluntades de los contratantes;

No. Registro: 177,051
Tesis aislada
Materia(s): Civil
Novena Época
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
XXII, Octubre de 2005
Tesis: III.2o.C.104 C

Página: 2319

CONTRATO DE SEGURO. SU PERFECCIONAMIENTO NO ESTÁ CONDICIONADO A LA ENTREGA DE LA PÓLIZA, SINO AL ACUERDO DE VOLUNTADES DE LOS CONTRATANTES.

El contrato de seguro se distingue de la generalidad de los contratos porque cuenta con elementos propios. Entre sus características principales, destacan la de ser bilateral y oneroso, porque implica provechos y gravámenes para ambas partes: la aseguradora, derecho a recibir la prima, y obligación de pago de la indemnización en caso de siniestro, y el asegurado tendrá derecho a que le sea pagada la indemnización en el supuesto de que se realice el siniestro y la obligación de pagar la prima. Además, es un contrato aleatorio porque no se tiene la certeza de que surgirá en algún momento la obligación de pago de la indemnización a cargo de la aseguradora, pues el riesgo que se asume es en relación a un acontecimiento futuro e incierto, y de la realización de este último depende el nacimiento de la obligación de pago. En cuanto a la forma, atento a lo dispuesto por los artículos 19 y 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es consensual, porque se perfecciona con el simple acuerdo de las partes respecto de su objeto, exigiéndose forma escrita sólo para fines de prueba. De lo cual es dable concluir que dicho contrato vincula a las partes desde el momento en que se da el acuerdo de voluntades, aun cuando la aseguradora no haya extendido la póliza, ni el asegurado hubiese realizado aún el pago de la prima convenida. Por ende, una vez que ocurre algún siniestro de los cubiertos en un contrato de seguro existente y válido, la consecuencia jurídica es que nazca la obligación de pago de la indemnización pactada, por parte de la aseguradora. En ese orden, si se reclama el pago de un siniestro acontecido en la fecha en que aún no se expedía la póliza respectiva, pero se demuestra que el pacto del contrato de seguro fue con anterioridad a la expedición de tal documento, es claro que ello resulta suficiente para probar la celebración del contrato y la obligación de pago de la aseguradora, pues aquella constituye un reflejo de la voluntad de las partes, en cuanto a los términos de la celebración del contrato de seguro, el cual, se insiste, no está condicionado a la expedición de la póliza.

SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL TERCER CIRCUITO.

Amparo directo 705/2004. Seguros Banorte Generali, S.A. de C.V. 4 de marzo de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: María de Jesús Ramírez Díaz, secretaria de tribunal autorizada para desempeñar las funciones de Magistrada, en términos del artículo 81, fracción XXII, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, en relación con el 61, fracción VI, del Acuerdo General 48/98, que regula la organización y funcionamiento del Consejo de la Judicatura Federal. Secretario: Manuel Ayala Reyes.

3. CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

- a) **BILATERAL O SINALAGMÁTICO PERFECTO.** Crea derechos y obligaciones recíprocas a cargo de ambas partes, es decir, se obligan mutuamente la una hacia la otra.

- b) **DE ADHESIÓN**²⁶. Una de las partes, el asegurador fija y determina las condiciones generales del contrato, previamente aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y la otra parte se limita a aceptarlas, modificarlas mediante endosos, o rechazarlas.
- c) **ONEROSO**. Debido a que exige prestaciones por ambas partes, en el que la prima es la contrapartida indispensable de la indemnización en caso de producción del evento previsto, entiéndase siniestro.
- d) **ALEATORIO**. En razón de que el siniestro puede o no ocurrir en razón de que el riesgo esta presente, pero puede no llevarse a cabo, lo cual sería lo idóneo para ambas partes. El asegurador no sabe cuál o cuáles de los riesgos asumidos por él devendrán o no en un siniestro.
- e) **NOMINADO O TÍPICO**. Es regulado el contrato de seguro, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, convirtiéndolo así en el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación, en donde se regula perfectamente dicha figura jurídica.
- f) **ÚNICO**. A contrario sensu de múltiple.

²⁶ Según lo dispuesto por el artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquéllos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en el artículo 36-D de esta Ley.

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

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

El contrato o cláusula incorporado al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el Registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a que se refieren el presente artículo, así como el artículo 36-D de esta Ley, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

g) DE TRACTO SUCESIVO O CONTINUO. Las partes quedan vinculadas y recíprocamente obligadas una hacia la otra hasta la extinción del contrato. Esto significa que no se agotan en un instante sino que se proyectan durante el mismo hasta la terminación del contrato, es decir, las prestaciones se cumplen durante un cierto período de tiempo.

h) BUENA FE²⁷. Es el contrato de buena fe –*uberrimae bona fidei*- por excelencia. Las partes se sujetan a la buena fe en el momento de llevar a cabo la contratación del seguro y de no hacerlo así les acarrearía consecuencias jurídicas de alto impacto dentro de su patrimonio en razón de que puede ser invalidado o nulificado dicho contrato, al haber existido mala fe de una o de ambas partes contratantes.

La ley obliga a las partes, desde que el contrato se ha perfeccionado a su cumplimiento, así como a las consecuencias que conforme la ley y la buena fe correspondan a los contratantes. Pero la buena fe en materia de seguros adquiere mayor relevancia: implica el deber de actuar con honestidad, con diligencia, correctamente, con verdad, tanto desde que se ofrece la celebración del contrato, al contestar las preguntas del cuestionario al efecto elaborado por las aseguradoras como durante la vigencia del contrato²⁸.

Las aseguradoras de buena fe celebran el contrato de seguro con base en la información proporcionada por el contratante, sin comprobar la veracidad de su dicho, salvo en el caso de los contratos de personas en los que se exijan exámenes médicos²⁹.

i) CONSENSUAL EN OPOSICION A FORMAL. Se perfecciona por el conocimiento de la aceptación de la oferta, sin que pueda subordinarse su eficacia a la entrega de la póliza o al pago de la prima. Es decir, se establece por el mero consentimiento de las partes, ya que para su perfeccionamiento es suficiente la recíproca expresión de la voluntad de los sujetos.

²⁷ Este principio admite excepción como la establecida en el artículo 80 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro al establecer que, la empresa responderá aun en caso de siniestro voluntario “siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad”.

²⁸ Cfr. LEON TOVAR, Soyla H., *op. cit.*, p. 609.

²⁹ *Idem.*

Perfeccionándose dicho contrato desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta.

j) MERCANTIL. El contrato de seguro se regulará por la legislación mercantil, integrada por el Código de Comercio, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley General de Sociedades Mercantiles, la Ley de Navegación, para el caso del seguro marítimo y de los demás ordenamientos legales que hagan alusión al mismo.

k) DE GARANTÍA. Consistente en el compromiso de la aseguradora para resarcir o indemnizar al asegurado contra el pago de una prima, respecto del daño que se llegue a producir por la realización de un siniestro.

l) PRINCIPAL. Se ha establecido que es un contrato principal; toda vez que se hace depender no del incumplimiento de una obligación principal, como sucede en la fianza, sino de la realización de la eventualidad prevista en el mismo contrato y, por otra parte, en cuanto a la obligación a cargo del asegurado, consistente en cubrir la prima correspondiente, por tanto no dependen de ninguna otra obligación.

El artículo 75 del Código de Comercio en su fracción XVI, establece:

Art. 75.- La Ley reputa actos de comercio:

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

Al respecto el artículo 1º de la Ley sobre el Contrato de Seguro, dispone:

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

4. PARTES INVOLUCRADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO.

4.1 EL ASEGURADO.

Según el Maestro Martínez Gil, se describe al asegurado de la siguiente forma:

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

Sin embargo, puede existir un tercer caso, que es la combinación de ambas, por ejemplo, el suscriptor de la póliza, a quien también se le llama "Contratante", cuya característica radica en la obligación esencial que tiene de pagar la prima y en algunos contratos de cobrar valores garantizados; el "Asegurado" cuyas circunstancias personales originan o pueden motivar el pago de la indemnización; el "Beneficiario" cuya vinculación al contrato del seguro es la de titular del derecho indemnizatorio.

De hecho, especialmente en los riesgos patrimoniales, o sea en aquellos en los que el siniestro afecta directamente la economía del asegurado, por ejemplo, incendio, robo, etc. "Asegurado", "Contratante" y "Beneficiario" suelen ser la misma persona; el que simultáneamente suscribe la póliza de seguro, está obligado al pago de la prima y tiene derecho a recibir la indemnización.

Por otra parte, en los seguros de personas, como son: vida, enfermedades, accidentes personales, etc., es frecuente y sobre todo en los seguros de grupo, que los tres conceptos antes mencionados funcionen independientemente. Así por ejemplo, seguros concertados por una empresa "contratante" a favor de sus empleados "asegurados" y en donde los "beneficiarios" son los herederos del asegurado o personas designadas por éste³⁰.

Cabe destacar que la Ley sobre el Contrato de Seguro señala en su artículo 29, que las pólizas podrán ser nominativas, a la orden ó inclusive al portador.

³⁰ MARTÍNEZ GIL, José de Jesús. *Manual Teórico y práctico de seguros*, Cuarta Edición., México, Editorial Porrúa, 1998, p. 12.

“Artículo 29.- Las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador, salvo lo que dispone la presente ley para el contrato de seguros sobre la vida.”

No obstante las partes mencionadas, existen también diversas personas a quienes les asisten en el contrato de seguro una serie de derechos y en su caso obligaciones y que aparecen mencionados en la póliza misma, como veremos a continuación:

4.2 EL BENEFICIARIO.

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

El artículo 163 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro³¹.

En la práctica, encontramos que el beneficiario es sustituido por otro u otros beneficiarios, según los intereses del asegurado o contratante, lo cual puede ser perjudicial para el beneficiario, que creyere tener un derecho constituido a su favor; sin embargo, posteriormente a la muerte del asegurado, en diversas ocasiones observamos que el beneficiario desconocía el hecho de haber sido sustituido por otra u otras personas en su derecho indemnizatorio, trayendo en consecuencia confusión, desilusión y un conflicto de intereses entre los afectados, propiciando inestabilidad entre los mismos, quienes en muchas de las ocasiones son individuos diferentes al núcleo familiar, para lo cual y si bien es cierto que el asegurado tiene libertad para contratar y designar beneficiario, también lo es que una vez designado el

³¹ Esta disposición es aplicable en el contrato de seguro de vida. Además el asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por actos entre vivos o por causa de muerte.

beneficiario, éste puede asegurar su derecho, pidiendo al asegurado renunciar al derecho de revocar al beneficiario, auto limitando legalmente su derecho, tal y como lo dispone el artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que prevé que el asegurado puede renunciar a su derecho de revocar sus beneficiarios en la póliza.

“Artículo 165.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.”

Por otro lado, el artículo 185 de La Ley sobre el Contrato de Seguro establece que el beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática.

Esta disposición es clara al establecer los efectos y alcances jurídicos al hecho de atentar contra la vida o integridad física y/o moral del asegurado, simplemente por que la Ley no puede proteger y/o indemnizar a un individuo quien, por obtener el beneficio o los derechos indemnizatorios consagrados en la póliza, atente injustamente en perjuicio del asegurado, quien benévolamente ha consignado un derecho a favor del beneficiario. Por tanto, el beneficiario ingrato es sancionado legalmente con la pérdida de los derechos indemnizatorios, y sin lugar a duda, sancionado penalmente por la responsabilidad en la que hubiese incurrido.

En términos sucesorios, es importante destacar, que los derechos derivados de una póliza de seguro de vida no constituyen bienes hereditarios y por tanto no deben quedar comprendidos dentro de la masa hereditaria, por lo que la empresa aseguradora debe pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados en la póliza al cien por ciento o en la proporción establecida en la póliza para el caso de dos ó más beneficiarios hasta agotar la suma asegurada.

4.3 EL TERCERO AFECTADO.

Es la persona quien ha sufrido un daño afectando sus intereses y tiene derecho a la reparación del mismo de acuerdo con la legislación civil.

La Ley sobre el Contrato de Seguro establece que en el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga hasta el límite de la suma asegurada a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro³².

Por lo que el seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al *tercero dañado*, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

Debemos decir que en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en sus artículos 42, 82, 145 bis, 147 y 156, se hace una distinción de esta figura de *tercero*, designándolos como: *tercero asegurado*, *tercero beneficiario* y *tercero dañado*.

Artículo 42.- La empresa aseguradora no podrá rehusar el pago de la prima ofrecido por los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, terceros asegurados, beneficiarios o por cualquier otro que tenga interés en la continuación del seguro.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 145 Bis.- En el seguro contra la responsabilidad, podrá pactarse que la empresa aseguradora se responsabilice de las indemnizaciones que el asegurado deba a un tercero en cualquiera de las siguientes formas:

³² Artículo 145 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

a).- Por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza respectiva o en el año anterior, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la empresa durante la vigencia de dicha póliza, o bien

b).- Por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la empresa en el curso de dicha vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.

No serán admisibles otras formas de limitación temporal de la cobertura, pero sí la ampliación de cualquiera de los plazos indicados.

La limitación temporal de la cobertura será oponible tanto al asegurado como al tercero dañado, aun cuando desconozcan el derecho constituido a su favor por la existencia del seguro, la ocurrencia del hecho generador de la responsabilidad o la materialización del daño.

Si se diere la acumulación de sumas aseguradas, será aplicable lo dispuesto por los artículos 102 y 103 de la presente Ley.

Artículo 147.- El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

En caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio.

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

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

Con independencia del nombre designado por la Ley para tales efectos, la figura de *tercero afectado*, queda establecida en la relación jurídica que guarda éste como beneficiario del seguro desde la ocurrencia del siniestro.

En el caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio³³.

³³ Artículo 147 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO.

5.1 EL 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.”³⁴

También lo podemos definir como el acontecimiento futuro e incierto cuyas consecuencias son dañosas respecto a las personas o sus bienes.

En materia de seguros, se utiliza este concepto para expresar indistintamente dos ideas diferentes; por un lado, un riesgo como objeto asegurado y por el otro, un riesgo como posible acontecimiento. Este último criterio es el técnicamente correcto y así se habla del riesgo de incendio, muerte, accidente, inundación, terremoto, huracán, enfermedad, etc., para hacer referencia a la posibilidad de que el objeto o persona asegurada sufra un daño material o físico. Igualmente se habla de riesgo, de mayor o menor gravedad, para referirse a la probabilidad más o menos grande de que el siniestro pueda ocurrir.

En las pólizas no todos los riesgos quedan cubiertos, siempre y cuando se establezcan exclusiones precisas para dichos riesgos, sin embargo, se pueden asegurar previo convenio expreso de las partes y que conste el mismo en la póliza. Además, es necesario que reúnan ciertas características para su limitación e individualización, incluyendo frecuencia, dispersión e intensidad.

³⁴ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, Tomo II, Vigésima Edición, México, Editorial Porrúa, 1991, p. 140.

La Ley sobre el Contrato de Seguro establece, dentro del artículo 59, que la empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.

Por ello, es importante para las partes involucradas en la contratación de los diversos seguros, que conozcan los alcances y consecuencias jurídicas de incluir y/o excluir debidamente un determinado riesgo o riesgos dentro de la póliza, ya que de no conocer los alcances de los mismos dentro de las pólizas, se podrían ver afectadas en un determinado momento y lo peor aun, al ocurrir un siniestro quedar desamparadas por contar con una mala, confusa o ambigua cobertura.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Octava Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito;

No. Registro: 212,196
Tesis aislada
Materia(s): Administrativa
Octava Época
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
XIII, Junio de 1994
Tesis:
Página: 544

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.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 1684/93. Telealambrados y Manufacturas, S.A. de C.V. 3 de noviembre de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: Hilario Bárcenas Chávez. Secretaria: Elsa Fernández Martínez.

La doctrina ha coincidido en que las características *esenciales* del riesgo son:

1. Incierto o aleatorio.
2. Posible.
3. Concreto.
4. Lícito.
5. Fortuito.

Por lo que cabe analizar cada uno de ellos para comprender aun mejor este concepto tan importante en la materia de seguros.

5.1.1 INCIERTO O ALEATORIO.

Para que exista riesgo, el evento previsto ha de ser posible de ocurrir, si bien es cierto no se sabe exactamente cuando puede ocurrir, también lo es que está en potencia que el mismo pueda o no ocurrir de forma repentina e inesperada, pero basta que la posibilidad de que se produzca sea cierta en sí misma, aunque incierta en el ¿Cuándo?.

En el seguro de vida³⁵, por antonomasia, es *cierto* el riesgo de muerte, la cual va a ocurrir, sin embargo gracias a la estadística conocemos aproximadamente el tiempo promedio de vida del individuo, mujer u hombre, lo cual permite a la empresa aseguradora asumir el “riesgo”.

La posibilidad e incertidumbre son calculables. Esta es la *base científica del seguro*. El seguro es concebido gracias a que el hombre puede calcular o determinar el número de siniestros dentro de un lapso de tiempo y en base a la experiencia en los diversos riesgos existentes en la actualidad, gracias a ello el seguro existe como lo conocemos hoy en día. Sumándole el gran número de productos, servicios y beneficios que nos ofrece actualmente el medio asegurador en nuestro país, México.

Hablando de riesgo, el mismo puede ser científicamente eliminado, no impidiendo su producción, sino repartiendo sus consecuencias económicas en condiciones que su producción sea de bajísimo impacto para aquellas personas o entidades económicas que lo han de soportar, por ejemplo una adecuada *distribución de riesgos*.

³⁵ 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 conformidad con el artículo 151 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Estadísticamente la probabilidad³⁶ es uno de los elementos sobre los que se basa todo contrato de seguro.

5.1.2 POSIBLE.

Para que exista riesgo, el evento previsto ha de ser viable, esto significa que debe existir la posibilidad aunque ésta sea mínima para que el riesgo ocurra ó se actualice, ya que de no cumplir con esta característica el riesgo, no tendría razón de ser.

5.1.3 CONCRETO.

De antemano sabemos cuál es el riesgo preciso del cual queremos y esperamos protección como asegurados al momento de la contratación de un seguro. Por ejemplo: Si lo que quiero es salvaguardar la integridad física de una persona, que al momento de contratar el seguro goza de muy buena salud, y sin embargo desconozco los padecimientos o enfermedades futuras que pudiese llegar a sufrir dicha persona, para lo cual contrato un Seguros de Gastos Médicos Mayores con la empresa aseguradora de mi preferencia, porque conozco y se el riesgo que tiene cualquier persona de enfermarse en cualquier momento de su vida y por tanto, en este ejemplo, el riesgo concreto a cubrir, es la enfermedad.

Por ello, y para la correcta valoración del riesgo, el proponente estará obligado a declarar³⁷ por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario³⁸

³⁶ *Mat.* En un proceso aleatorio, razón entre el número de casos favorables y el número de casos posibles.

³⁷ Existen dos sistemas para obtener la información del riesgo, el primero es el llamado Declaración Espontánea, y es el establecido por la Ley Francesa; el segundo, es el del Cuestionario y preferido por la Ley Suiza. Dentro de nuestra legislación, la Ley sobre el Contrato de Seguro reconoce este último.

³⁸ Es el conjunto de preguntas sometidas a la consideración de una persona, para conocer a través de sus respuestas una serie de datos o circunstancias del asunto a que tales preguntas se refieren. El sistema de cuestionarios es fundamental para que las compañías de seguros puedan conocer la descripción del riesgo siendo la base junto con las demás declaraciones del asegurado para aceptar y expedir el contrato de seguro, o en su caso rechazarlo.

El sistema de cuestionario tiene tres efectos:

relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca y deba conocer en el momento de la celebración del contrato³⁹.

La Ley sobre el Contrato de Seguro en su artículo 8 dispone que el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La Ley sobre el Contrato de Seguro faculta a la empresa aseguradora para considerar por rescindido de pleno derecho el contrato cuando por parte del asegurado existan omisiones o falsas declaraciones hacia la compañía aseguradora, para lo cual la misma deberá de rescindir el contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o la inexacta declaración, haciéndoselo saber de forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios.

5.1.4 LÍCITO.

Dentro de un estado de derecho, esta característica es aplicable a todo hecho, es decir, debe ser legal, por lo que una empresa aseguradora no puede celebrar un contrato de seguro en el que su riesgo implique un evento ilegal, lo cual traería nulidad absoluta al contrato.

a) Simplificar la labor del proponente del seguro, quien no tiene así que realizar un trabajo de selección de datos, o de inspección, sino que se reduce a responder a las preguntas.

b) Limita su responsabilidad por la descripción que haga.

c) Facilita el trabajo del asegurador, pues el análisis de la selección del riesgo que lleva a cabo, será más rápida y sencilla.

No hay que olvidar, que el contrato de seguro está basado fundamentalmente en la buena fe de las partes, no sólo de una de ellas, sino de ambas; por lo tanto, tratándose de las declaraciones del asegurado al solicitar el seguro y al dar respuesta al cuestionario médico, tiene la obligación legal y moral de actuar de buena fe.

³⁹ Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, la aseguradora sí responde del siniestro causado por culpa del asegurado⁴⁰.

5.1.5 FORTUITO.

El riesgo debe de ocurrir de forma inesperada, imprevista.

Por tanto, el riesgo a asegurar dentro del contrato de seguro debe cumplir con las características antes mencionadas, bajo pena de encontrarnos ante una desventaja contractual en perjuicio de alguna de las partes, sea del propio asegurado, para el caso que la compañía aseguradora cobre primas por un riesgo inexistente o bien para la propia compañía aseguradora para el caso que el riesgo no exista por haberse ya actualizado, y en consecuencia, el asegurado pretenda cobrar el seguro.

Debemos decir, no hay riesgo asegurable si hay interés en que aquél se produzca. Esto por la sencilla razón de que el seguro no puede ser una causa de lucro, sino de disminución o supresión del daño, en el sentido económico por lo menos.

Según el doctrinista Joaquín Rodríguez Rodríguez, el *Interés* lo podemos definir así:

“Es la titularidad económica o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad económica que provoca la producción del riesgo repercute desfavorablemente en un determinado patrimonio.”⁴¹

⁴⁰ La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave, de conformidad con el artículo 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁴¹ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Joaquín, *op. cit.*, p. 141.

El interés asegurable hace siempre referencia a una relación económica. Dentro del seguro de daños el interés puede ser del propietario o de terceras personas. En el seguro de daños, es evidente que el beneficiario debe tener interés en que no se produzca el siniestro (fuego, inundación, explosión, huracán, etc.), y si se produce la empresa aseguradora pagará estrictamente los daños, participando el asegurado en la pérdida a través de la figura conocida como *deducible*.

La ley sobre el Contrato de seguro, en su artículo 85 dispone: “Todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto de contrato de seguro contra los daños.”

El artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que:

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

Como vemos, en nuestra legislación, la incertidumbre acerca de la realización de un hecho pasado se ha equiparado a un riesgo, siempre que sea compartida por ambas partes y expresamente convengan en considerarlo así, es lo que se denomina *riesgo putativo*, es decir, se considera como tal aunque en realidad no lo sea. La incertidumbre puede versar sobre si se producirá o no el hecho o también respecto al momento o circunstancias en que se realizará.

Como ejemplo ilustrativo podemos mencionar el caso del seguro de transporte para ganado o cuadrúpedos. Imaginemos que existen 1000 cabezas de ganado que han zarpado de algún puerto en Nueva Zelanda rumbo algún puerto en México, por tanto las partes contratantes, entiéndase asegurado y empresa aseguradora, deciden cubrir expresamente los riesgos a los cuales se encuentran expuestos el ganado, entiéndase: enfermedad, sacrificio o muerte. Debido a que existe incertidumbre y

desconocimiento por ambas partes contratantes del estado de los animales, y una vez que el barco ha zarpado del puerto de origen con el ganado embarcado, es posible contratar el seguro *retroactivamente* siempre y cuando no conozcan las condiciones actuales de los animales, por tanto para el caso en concreto es válido asegurar al ganado embarcado ya que se tiene incertidumbre o se desconoce si los mismos aun siguen con vida o no, por lo que estamos ante una actitud contractual de buena fe, así el asegurado queda cubierto de un posible siniestro y la compañía aseguradora ingresa una prima por la colocación del riesgo. Siendo una conducta contractual válida y de buena fe.

Por otro parte existe, en materia de seguros, lo que se conoce como *agravación del riesgo* y se presenta esta situación, cuando por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista. Tomando en cuenta que la prima está en función del riesgo, su modificación implica al asegurado, la obligación de notificar a la compañía aseguradora de tal agravación, para que ésta pueda determinar si continúa en la cobertura o rescinde el contrato.

Para que una variante del riesgo cubierto pueda calificarse como agravación (en los términos de la ley), es indispensable que contenga una alteración capaz de ser señalada como modificatoria del acuerdo original. De tal modo, que de haber existido en ese momento, las nuevas circunstancias habrían impedido la celebración del contrato, o cambiado sus condiciones, o sea, las variaciones del riesgo no siempre constituyen un desequilibrio contractual según lo establece la Ley sobre el Contrato de Seguro. Dichas variaciones pueden no influir en el aumento del riesgo e inclusive pueden afectarlo favorablemente⁴². Sólo las modificaciones que impliquen mayor peligro para cuya protección se emite el seguro, de acuerdo con el estado *objetivo*⁴³ del riesgo.

⁴² Nos encontramos aquí ante la figura jurídica de la *disminución del riesgo*, la cual se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad inferior a la inicialmente prevista, llevando con esto a una reducción en las primas contratadas.

⁴³ El riesgo objetivo es aquel totalmente independiente de la influencia del asegurado esto debido al uso de cosas peligrosas.

La agravación del riesgo⁴⁴ debe consistir en una circunstancia importante, que aumenta la posibilidad del siniestro, o bien, la agravación del daño. Es necesario que sea importante y que varíe el grado de riesgo, por lo que cada caso deberá de analizarse objetivamente.

En muchas ocasiones, por ignorancia o mala asesoría, los asegurados ignoran la obligación que tienen de informar a la compañía aseguradora cuando existe agravación del riesgo, lo que hace que en este tipo de casos, los asegurados, por una parte, y la empresa aseguradora por la otra, se vean afectados. Los primeros, cuando al tener el siniestro, la empresa les niega el pago del seguro por no haber informado de la agravación del riesgo, y la segunda al no cobrar una prima mayor que legalmente le corresponde.

Al respecto el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece: que el asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; y
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro⁴⁵.

⁴⁴ Es la situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere un mayor peligro al inicialmente previsto.

⁴⁵ Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“Lo dispuesto en los dos artículos antes mencionados no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.”⁴⁶

En materia de seguros, es importante tener muy en cuenta el tipo de póliza que se contrate, en razón de su cobertura, ya que muchas veces se tiene una falsa creencia que el seguro cubrirá cualquier acontecimiento futuro e incierto que pueda ocurrir al asegurado o contratante, sea en su persona o sus bienes, y no es así.

Por lo que la cobertura del seguro se debe verificar *minuciosamente* por el asegurado o contratante, ello en armonía con el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro⁴⁷, ya que es lo que la compañía aseguradora está cubriendo y se obliga para el caso de que se presente un siniestro y como consecuencia de ello, está la eventualidad prevista en el contrato. La consecuencia de una cobertura otorgada es en principio el pago de la indemnización correspondiente. Y lamentablemente ante la omisión o negligencia en la revisión de pólizas, por parte del agente de seguros o del propio asegurado, al momento de ocurrir un siniestro y de reclamar ante la compañía aseguradora la indemnización correspondiente, tal evento resulta improcedente manifestando la compañía el rechazo del siniestro por no estar cubierto por la póliza o ser un riesgo el cual se encontraba excluido de la cobertura, perdiéndose así grandes sumas de dinero en siniestros, perjudicando los intereses económicos de los contratantes o asegurados, y lo que es aun peor, acabando con el patrimonio personal y el cierre de empresas o negocios a causa de una mala cobertura en seguros.

⁴⁶ Artículo 54 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁴⁷ Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- 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.

Existen dentro del contrato de seguro, algunas exclusiones de riesgos las cuales se enuncian dentro de las condiciones generales del seguro. Por lo que la empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que en el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.

Dicha exclusión debe ser formulada en términos precisos y no equívocos, en caso de duda, se debe considerar como cubierto, basado en el principio de que lo que no está claramente excluido, está comprendido dentro del seguro.

En todos los casos al asegurado le corresponde la obligación de demostrar que la pérdida fue causada por un riesgo amparado; a la empresa aseguradora, le corresponde probar en su caso, que la causa de la pérdida fue un riesgo excluido.

Al respecto veamos la siguiente tesis de la Novena Época emitida por los Tribunales Colegiados de Circuito, la cual nos ilustra acerca de los riesgos excluidos en el contrato de seguro;

No. Registro: 197,016
Tesis aislada
Materia(s): Civil
Novena Época
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
VII, Enero de 1998
Tesis: IV.4o.3 C
Página: 1174

SEGURO, CONTRATO DE. LAS CLÁUSULAS DE EXCLUSIÓN DE RIESGOS DEBEN INTERPRETARSE RESTRICTIVAMENTE.

Conforme al artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora responde, en principio, de todos los sucesos que presenten el carácter del riesgo contra las consecuencias del cual ha sido concluido el contrato de seguro, a menos que se excluyan ciertos acontecimientos de una manera precisa; de donde se deduce que las cláusulas de exclusión deben ser interpretadas en forma restrictiva, por lo que no procede hacerlas extensivas, por analogía, a otras hipótesis que no sean las exactamente comprendidas en ellas.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO DEL CUARTO CIRCUITO.

Amparo directo 200/97. Grupo Nacional Provincial, S.A. 28 de octubre de 1997.
Unanimidad de votos. Ponente: Abraham S. Marcos Valdés. Secretaria: María Isabel

González Rodríguez.

Véase: Semanario Judicial de la Federación, Séptima Época, Volumen 19, Séptima Parte, página 59, tesis de rubro: "SEGURO CONTRATO DE. LA EXCLUSIÓN DE RIESGOS DEBE HACERSE CONSTAR EXPRESAMENTE."

Dentro del capítulo haremos también mención de los daños, los cuales se encuentran íntimamente ligados al concepto del riesgo, y debemos distinguir entre: *daño emergente*, *lucro cesante* y *provecho esperado*; a continuación se da una breve explicación de los mismos.

- a) Daño emergente⁴⁸: Es la pérdida inmediata y efectiva que supone el riesgo. El valor de la casa destruida; del vehículo incendiado.
- b) El lucro cesante⁴⁹: Es la pérdida a consecuencia del siniestro, cuando se trata de beneficios que se habrían obtenido en virtud de una relación jurídica existente en el momento en que ocurrió el daño.
- c) El provecho esperado: Es el beneficio lógicamente conseguible, pero no jurídicamente convenido, lo cual se encuentra impedido por el riesgo.

Para lo cual se puede convenir y proteger jurídicamente el provecho esperado, tal y como lo dispone el artículo 129 de la Ley sobre el Contrato de Seguro el cual dispone que es lícito el seguro de provechos esperados dentro de los límites de un interés legítimo.

Aunado a ello el artículo 130 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

En el seguro sobre rendimientos probables, el valor del interés será el del rendimiento que se hubiere obtenido de no sobrevenir el siniestro; pero se deducirán del valor indemnizable los gastos que no se hayan causado todavía ni deban ya causarse por haber ocurrido el siniestro.

⁴⁸ Der. Valor de la pérdida sufrida o de los bienes destruidos o perjudicados.

⁴⁹ Der. Ganancia dejada de obtener como consecuencia del incumplimiento de una obligación, por la infracción de un deber, o por un sacrificio patrimonial legítimo. Normalmente debe ser indemnizada por el causante del daño.

Ahora bien, debemos decir que el daño emergente es de exacta apreciación en su valoración, no así el lucro cesante y el beneficio esperado. Cuando éstos entran en el seguro, se habla de una valoración abstracta del daño; no así en el caso del daño emergente, ya que se habla de una valoración concreta del mismo.

5.2 LA EMPRESA ASEGURADORA.

Es la persona moral que, mediante la celebración de un contrato de seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura dentro del contrato de seguro.

Para ello, existen dos formas para practicar operaciones de seguros, la primera es bajo el régimen de Sociedad Anónima y la segunda bajo el esquema de mutualidad.

a) Sociedad Anónima.

Las sociedades anónimas de seguros deben constituirse como sociedades de capital fijo o variable, con arreglo a lo que dispone la Ley General de Sociedades Mercantiles, en cuanto no esté previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

b) Sociedades Mutualistas de Seguros.

Las sociedades mutualistas de seguros, operan exclusivamente con sus socios, sin pretender lucro para ellos ni para la sociedad. En este régimen se cobra lo estrictamente necesario para atender los gastos generales, para formar las reservas necesarias y para atender los compromisos derivados de los riesgos asumidos. Los excesos cobrados se reparten entre los socios en proporción a las primas cobradas.

El artículo 13 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece:

Las asociaciones de personas que sin expedir pólizas o contratos, concedan a sus miembros seguros en caso 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 por monto o acumulaciones podrán operar sin sujetarse a los requisitos exigidos por la presente Ley, pero deberán someterse a las reglas generales que expida la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, donde se fijarán las bases para que, cuando proceda por el número de asociados, por la frecuencia e importancia de los seguros que concedan y de los siniestros pagados, la misma Secretaría ordene a estas asociaciones que se ajusten a la presente Ley, convirtiéndose en sociedades mutualistas de seguros.

Es oportuno señalar que dentro de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo séptimo, encontramos las operaciones de seguros que pueden brindar las instituciones de seguros o sociedades mutualistas de seguros:

I. Vida;

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

- a) Accidentes personales;
- b) Gastos médicos; y
- c) Salud;

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

- a) Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
- b) Marítimo y transportes;
- c) Incendio;
- d) Agrícola y de animales;
- e) Automóviles;
- f) Crédito;

- g) Diversos;
- h) Terremoto y otros riesgos catastróficos; y
- i) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo noveno de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Para ello, deberán organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros requiriéndose autorización por parte del Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Pues, la actividad aseguradora, en la práctica, y en la totalidad de los países, sólo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas y mediante alguna de las formas de sociedad que reconocen como válidas las respectivas legislaciones, en México como Sociedad Anónima de capital fijo o variable ó mutualidad. Por ello, no podrán inscribirse en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, escrituras constitutivas o sus modificaciones, de sociedades en cuyo nombre, razón social o denominación se emplee cualquiera de las palabras como seguro, reaseguro, aseguramiento, coaseguro u otras que expresen ideas semejantes en cualquier idioma, o cuyo objeto sea operar en materia de seguros, si no se insertan los documentos oficiales que comprueben la existencia de la autorización que exige la Ley.

Encontramos dentro de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo catorce, mientras que 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.

5.3 LA GARANTÍA.

Según la definición establecida por Castelo Matrán la *garantía* es el “compromiso aceptado por un asegurador en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, de las consecuencias económicas derivadas de un siniestro. Es también sinónimo de *seguro* (estar garantizado es igual que estar asegurado) o de *capital asegurado* (la garantía de la póliza es igual que el capital asegurado por ella)⁵⁰.”

Según Radovich:

La principal obligación del asegurador respecto del asegurado consiste en el pago tempestivo e incondicionado de la indemnización que corresponda si se ha producido siniestro que afecte al riesgo asegurado. La percepción de la indemnización en tal caso es el objeto-fin perseguido por el asegurado al contratar la cobertura. Constituye, asimismo, la obligación característica y específica del contrato⁵¹.

5.4 LA PRIMA.

No podemos concebir el contrato de seguro sin el pago de una cantidad por parte del asegurado, en razón de ser la contraprestación para quien asume la obligación de cubrir el riesgo y en su caso pagar la indemnización o suma asegurada en un determinado momento.

Por ello la prima es la contraprestación que ha de cubrir el contratante o asegurado a la empresa aseguradora con motivo de la cobertura del riesgo que otorga la propia compañía en los distintos ramos del seguro, tanto de daños como de personas.

⁵⁰ CASTELO MATRAN, Julio. *Diccionario Mapfre de Seguros*. España, Editorial Mapfre, S.A., 1988, p. 123.

⁵¹ RADOVICH, Jorge M. *Curso de seguros en el comercio exterior*. Argentina, Editorial Ad Hoc, 1999, p. 95.

Al respecto, el artículo 31 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone que el contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.

Para ello, existen diversas formas de pagar la prima a la empresa aseguradora, una de ellas es el pago en una sola exhibición o momento y se le denomina prima *única*⁵². O bien, la prima puede subdividirse en su pago y se hable entonces de varias prestaciones sucesivas o sea prima *periódica* o *fraccionada*⁵³.

El asegurado debe probar el pago de la prima, lo cual se demuestra con el recibo de pago de primas que emite la empresa aseguradora, en dicho documento la aseguradora reconoce haber percibido del asegurado y respecto a determinado riesgo, las primas correspondientes a la vigencia que en dicho recibo se ampara.

Por otro lado, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo 42, dispone lo siguiente:

Artículo 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 se identifiquen los riesgos cubiertos, obligarán igualmente a la institución aseguradora.

⁵² El importe de la misma se satisface de una sola vez, y por adelantado, el asegurado, se libera de la obligación de pagar nuevas cantidades durante la duración del seguro.

⁵³ Es liquidada por el asegurado mediante pagos periódicos mas reducidos, lo cual puede ser, mensual, trimestral, semestral o anual. Este tipo de prima se presenta en los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, y la misma podrá ser fraccionada en parcialidades que corresponda a períodos de igual duración, mismos que no podrán ser inferiores a un mes. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Asimismo encontramos, que en los seguros por un solo viaje, tratándose de transporte marítimo, terrestre o aéreo y de accidentes personales, así como en los seguros de riesgos profesionales, no se podrá convenir el pago fraccionado de la prima.

Sólo podrá celebrar contratos a nombre y por cuenta de una institución aseguradora el agente de seguros designado expresamente por ésta para actuar como su apoderado.

De igual forma, la empresa aseguradora no podrá evadir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Al respecto el artículo 40⁵⁴ de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

Sino hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios que hace referencia el artículo 150 Bis⁵⁵ de esta Ley.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito, la cual nos ilustra acerca del plazo de gracia a que se refiere el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro;

No. Registro: 178,015
 Tesis aislada
 Materia(s): Civil
 Novena Época
 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XXII, Julio de 2005
 Tesis: I.11o.C.130 C
 Página: 1405

⁵⁴ Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones de este artículo.

⁵⁵ Artículo 150 Bis de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Los seguros de responsabilidad que por disposición legal tengan el carácter de obligatorios, no podrán cesar en sus efectos, rescindirse, ni darse por terminados con anterioridad a la fecha de terminación de su vigencia.

Cuando la empresa pague por cuenta del asegurado la indemnización que éste deba a un tercero a causa de un daño previsto en el contrato y compruebe que el contratante incurrió en omisiones o inexactas declaraciones de los hechos a que se refieren los artículos 8o., 9o., 10 y 70 de la presente Ley, o en agravación esencial del riesgo en los términos de los artículos 52 y 53 de la misma, estará facultada para exigir directamente al contratante el reembolso de lo pagado.

CONTRATO DE SEGURO. EL PLAZO DE GRACIA A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY RELATIVA ES APLICABLE ÚNICAMENTE PARA LA PRIMERA FRACCIÓN DE LA PRIMA Y NO PARA LAS SUBSECUENTES (LEGISLACIÓN VIGENTE A PARTIR DEL 3 DE ENERO DE 2002).

El artículo 40 de la referida ley, vigente hasta el dos de enero de dos mil dos que preveía: "Sino hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo."; fue interpretado por la jurisprudencia en el sentido de que la intención del legislador fue conferir al asegurado un plazo de gracia de treinta días para el pago de las primas en parcialidades. Sin embargo, el citado artículo fue modificado sustancialmente con la reforma que entró en vigor el tres de enero de dos mil dos, al establecer: "Sino hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo. ...". De la nueva redacción de este precepto se desprende, que la intención del legislador fue reducir el plazo de gracia a tres días, cuando así lo deseen las aseguradoras, y limitarlo sólo a la primera fracción. Efectivamente, aun cuando el nuevo precepto habla de "término convenido", el cual no podrá ser inferior a tres días, ni mayor de treinta días, lo cierto es que las condiciones generales del seguro son establecidas por las aseguradoras y no por los asegurados, quienes generalmente sólo tienen la posibilidad de adherirse o no al contrato. En ese sentido, hablar de "término convenido" es emplear un eufemismo para describir sutilmente la verdadera intención de la reforma, que no es otra que la de facultar a las aseguradoras para que a su discreción puedan reducir ese plazo de gracia que anteriormente era de treinta días. Asimismo, en la medida que el precepto reformado añade, a diferencia del anterior, el vocablo "primera fracción", para referirse al plazo de gracia, en el caso del pago de la prima en parcialidades, es claro que la voluntad legislativa fue limitar el consabido plazo de gracia exclusivamente a esa primera parcialidad, sin posibilidad de aplicarlo en las subsecuentes.

DÉCIMO PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 132/2005. ING Seguros Comercial América, S.A. de C.V. 4 de marzo de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: Francisco Javier Sandoval López. Secretario: Francisco Juri Madrigal Paniagua.

Véase: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XVII, mayo de 2003, página 1215, tesis I.10o.C.29 C, de rubro: "CONTRATO DE SEGURO. SIGUE SURTIENDO SUS EFECTOS, AUN FENECIDA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA."

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por

período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año⁵⁶.

Es importante saber que la obligación de pagar la prima, salvo pacto en contrario, es del asegurado pues se entiende que el asegurado es quien tiene el interés de estar asegurado y no que la aseguradora tenga la obligación de estar requiriendo el pago de la prima al asegurado.

Para ello, y atendiendo a lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es importante tener en cuenta el pago del seguro de forma oportuna; por un lado y por cuestiones totalmente comerciales las empresas aseguradoras otorgan el beneficio a sus asegurados de realizar el pago de primas en un plazo, respecto al primero de ellos, de hasta 30 días naturales después de la expedición de la póliza, puesto que la aseguradora debe otorgar, por ley, como mínimo el plazo de 3 días hasta un máximo de 30 días naturales para así cumplir con el plazo otorgado por la Ley sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, dicho plazo es respecto al primer pago de primas, realizado en cualquiera de sus modalidades (mensual, trimestral o semestral), ya que el pago consecutivo se actualiza de pleno derecho sin existir plazo de gracia otorgado por la Ley sobre el Contrato de Seguro, pero sí existe sanción hacia el asegurado ante el incumplimiento, bajo pena de eliminar su cobertura en los riesgos contratados por falta de pago oportuno, por tanto el asegurado debe estar al pendiente de cumplir con su obligación contractual.

5.4.1 LA EXTRAPRIMA.

Otra de las figuras jurídicas importantes dentro del contrato de seguro es la *extraprima*, la cual podemos definir según Sánchez Flores como:

⁵⁶ Artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“Es el recargo aplicable en algunos casos en atención a las características físicas del riesgo derivada de la manifestación que realiza el asegurado al contratar la póliza correspondiente⁵⁷.”

En la práctica, muchas veces la extraprima se fija con base en algún dato proporcionado por el asegurado o esclarecido por el médico examinador. Por ejemplo, cuando el asegurado declara fehacientemente, la compañía fija con base en las mismas declaraciones la extraprima, pero cuando la compañía hace las investigaciones es ella la que fija la extraprima, pudiendo libremente no tomar el riesgo, para lo cual es importante siempre declarar todos los hechos a la empresa aseguradora.

Por otra parte, si el asegurado lleva a cabo alguna omisión o inexacta declaración respecto al estado de su salud y la compañía a través del médico examinador detecta lo no manifestado por el asegurado, puede no considerarlo sujeto de seguro por esas mismas omisiones, o bien en su defecto, como mencionamos fijar una extraprima por motivos de salud.

Por ejemplo, a una persona se le fija una extraprima por alta presión arterial, pero el asegurado omite declarar a la compañía que también padece determinada enfermedad que de ser conocida por la aseguradora hubiera fijado una extraprima mayor, por lo que la compañía al tener conocimiento de esta omisión puede rescindir el contrato, o bien fijar correctamente la extraprima.

5.5 EL INTERÉS ASEGURABLE.

Sin ser un elemento del contrato de seguro, en estricto sentido, el interés asegurable, sí es un requisito de existencia para el seguro de daños, pues debe

⁵⁷ SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. *El Contrato de Seguro Privado*. México, Editorial Porrúa, 2000, p. 198.

concurrir en quien desee la cobertura en determinado riesgo. Representa un deseo sincero y honesto de que el siniestro no se produzca, ya que en consecuencia de él se produciría un perjuicio en el patrimonio del asegurado, beneficiario o contratante, trayendo como consecuencia un menoscabo directo en el patrimonio del mismo, así como consecuencias intangibles como por ejemplo: pérdida de mercado, pérdida de posicionamiento de marca, pérdida de clientela, pérdida de ingresos, entre otras.

El interés asegurable no es sólo un requisito que imponen las compañías aseguradoras, sino una necesidad, sin la cual sería imposible cumplir con los fines del contrato en sí, resarcir un daño o indemnizar al titular de los derechos del contrato, todo ello con la finalidad de lograr una función protectora hacia la sociedad por parte de la compañía aseguradora, en lo que a ella concierne.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito, la cual nos ilustra acerca del interés asegurable;

No. Registro: 178,016
Tesis aislada
Materia(s): Civil
Novena Época
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
XXII, Julio de 2005
Tesis: I.4o.C.78 C
Página: 1404

CONTRATO DE SEGURO. CONCEPTO DE INTERÉS ASEGURABLE.

En el contrato de seguro, el interés es un elemento fundamental. El contratante o, en su caso, el tercero a favor de quien se contrata, deben tener un interés en que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una disminución patrimonial. La legislación mexicana no define el interés, pero sí da bases para establecer su concepto. Así, de los artículos 42, 85, 86, 87, 92, 100, 114, 129, 130, 140 y 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deduce que el interés asegurable es la titularidad económica o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad económica que provoca la producción del riesgo, repercute desfavorablemente en un determinado patrimonio; es una titularidad económica porque pueden tener interés personas que aún no tienen o han dejado de tener un vínculo jurídico en el sentido de relación de dominio, como se desprende de los artículos 42 y 140 de la propia ley.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 17104/2004. Seguros Atlas, S.A. 19 de enero de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: Marco Antonio Rodríguez Barajas. Secretaria: Leticia Araceli López Espíndola.

El asegurado, contratante, o en su caso el beneficiario o tercero a favor de quien se contrata, deben tener un interés en que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una disminución patrimonial. Por tanto, podemos decir que no hay riesgo asegurable sino hay interés en que aquél no se produzca. El seguro no puede ser una causa de lucro, sino de disminución, traslado o supresión de un daño, hablando por supuesto en el sentido económico al menos.

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

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece dentro del Título II, de nombre Contratos de Seguro Contra los Daños, lo siguiente:

“Salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa aseguradora responderá de manera proporcional al daño causado⁵⁸.”

“Por lo que respecta al seguro contra daños, todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto del contrato de seguro contra los daños⁵⁹.”

“En el seguro contra daños, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o

⁵⁸ Artículo 92 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁵⁹ Artículo 85 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviniere expresamente⁶⁰.”

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 pagadas⁶¹.

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.

Desde un punto de vista técnico, la existencia del contrato sin interés asegurable produciría necesariamente un aumento de siniestralidad. Por lo que se dice que el interés es la media de la acción. Y por tanto el ejercicio de la acción, sin el interés constituye un caso de abuso de derecho.

⁶⁰ Artículo 86 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁶¹ Artículo 87 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CAPÍTULO TERCERO. LA FORMACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

1. LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO.

En todo tipo de relación humana y contractual se requiere buena fe, principio básico, característico y fundamental de todos los contratos, que obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honradez, pero hablando del contrato de seguro, se enfatiza la *buena fe*.

Gran parte de las declaraciones del asegurado son la base para que una compañía aseguradora esté en condiciones de celebrar un contrato, de acuerdo con el riesgo que presente el solicitante, proponente, u oferente. Sin embargo, no solamente a este le corresponde actuar de buena fe, sino también a la compañía aseguradora, al agente, a los beneficiarios, y en su caso, a la autoridad judicial al resolver una litis o controversia, y en general a cualquier involucrado con el contrato de seguro.

Es cierto, el contrato de seguro es un contrato consensual, pero para el caso en concreto no basta el pleno consentimiento de las partes, para la celebración del mismo, sino que es necesario el conocimiento del proponente de la aceptación del riesgo u oferta por parte de la empresa aseguradora para que el contrato se perfeccione en los términos del artículo 21 Fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si bien es cierto que teórica, doctrinal y legalmente es el deber ser, también es cierto que en la práctica se presenta una problemática grave, puesto que de no existir un documento fehaciente como la póliza, sería difícil probar la existencia del propio contrato de seguro, y por tanto, en un determinado momento los derechos y obligaciones consignados y adquiridos por las partes contratantes, sin que ello

signifique la inexistencia del contrato, solamente es para efecto de probar una realidad jurídica, puesto que de conformidad con el artículo 19 de La Ley sobre el Contrato de Seguro, la póliza es el documento idóneo de prueba⁶².

De acuerdo a lo anteriormente expuesto es *vital* considerar a conciencia que el actuar de *buena fe* en cualquier ámbito de nuestra vida y en particular dentro del área de seguros, trae consigo grandes beneficios a las partes involucradas, y aun con mayor razón si se considera que el seguro es contratado para evitar un mal mayor al asegurado y a la sociedad en general una vez que se presenta un evento futuro e incierto como lo es, cualquier siniestro. Por tanto, las partes involucradas en el contrato siempre deben apegarse estrictamente al principio de excelencia de los contratos y en particular del contrato de seguro, *la ubérrima bonna fides*.

Haremos mención, de forma breve dentro del presente capítulo, a la importancia del agente de seguros, ya que ellos en ocasiones conocen o deben conocer al proponente del contrato de seguro, sin embargo, en la práctica, algunas de las veces existe mala fe por parte del agente, pues conociendo determinadas circunstancias que pueden influir en la contratación óptima del seguro, por dolo o mala fe, repito, no lo menciona o evita hacerlo, esto con el fin único de ingresar una venta a la compañía aseguradora y por tanto una comisión por la venta al propio agente. Poniendo en tela de juicio a la compañía aseguradora y al agente de seguros, tanto en su imagen como en su credibilidad, trayendo consecuencias negativas al mercado asegurador, lo cual a nadie beneficia.

Al respecto el artículo 24 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece:

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya

⁶² Dicha disposición no admite ninguna otra prueba, salvo la confesional para probar su existencia.

cobertura se proponga al fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas.

En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros en términos de los artículos 36, 36-A, 36-B, 36-C y 36-D de esta Ley.

Los agentes de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad.

Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

Esta disposición es de suma importancia para el asegurado o futuro contratante, pero en la práctica nunca se realiza, pues lo que se hace es una simple y rápida explicación verbal sin que sea suficiente, de ahí que muchas veces algunos agentes no se manifiestan con verdad, al no explicar los alcances del seguro, así como sus derechos y obligaciones, siendo rechazable esta conducta.

De ahí que el agente de seguros juega un papel importantísimo dentro del contrato de seguro, por lo que siempre debe de actuar de *buena fe*, y cumplir con su deber moral y legal de hacerle ver a los futuros asegurados o clientes en su caso, de los alcances legales del contrato de seguro, así como hacerles ver que en todo momento ellos deben de actuar también con buena fe en sus declaraciones o proposiciones, para evitar en un futuro alguna posible negativa de pago de la compañía aseguradora por encontrar alguna irregularidad dentro de las declaraciones de los clientes o asegurados, sufriendo ellos las consecuencias trágicas de dichas negativa, por el incumplimiento e inobservancia del principio de *buena fe dentro del contrato de seguro*.

En conclusión, al ser la buena fe base inspiradora de nuestro derecho, debe serlo también, en el comportamiento de las todas las partes involucradas en las distintas relaciones jurídicas; asimismo, debe guardarse en todos los actos del

proceso en los que se intervenga, siendo ésta además, la conducta procesal básica necesaria para la resolución de controversias judiciales, en los cuales los jueces deben apegarse a ella para acercarse lo más posible a averiguar la verdad.

2. FORMACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

2.1 LA OFERTA.

Es la proposición realizada a la compañía aseguradora de forma escrita por la persona que aspira a ser asegurada o que desea asegurar algún objeto. Deberá manifestar a la empresa aseguradora el objeto que se pretende asegurar así como sus características o declarar las particularidades de su persona o de la persona a quien desea asegurar a fin de que la compañía aseguradora tenga el conocimiento necesario de lo que se desea asegurar y cuente con las bases y elementos suficientes para aceptarla, y posteriormente emitir la póliza ó rechazarla.

Considerando, la limitación dispuesta por el artículo 157 de la Ley sobre el Contrato de Seguro sobre la nulidad del contrato de seguro respecto los menores de doce años para el seguro de vida.

Artículo 157.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

Por lo que la *oferta* es la vía para celebrar el contrato de seguro, perfeccionándose al momento en que la compañía aseguradora da a conocer al asegurado la aceptación de la oferta; debido a su carácter consensual con oposición a formal como hemos mencionado anteriormente dentro de la clasificación del contrato de seguro.

Si bien es cierto la póliza⁶³ es el documento idóneo para acreditar la celebración del contrato de seguro asumiendo cada una de las partes las obligaciones correspondientes, como lo sería por parte del asegurado el pago de la prima y por la empresa aseguradora la cobertura completa o parcial del riesgo, también lo es que el contrato se ha perfeccionado desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, además y atendiendo a las características propias del contrato de seguro, en particular a la de adhesión, el contrato es perfeccionado una vez que se da respuesta al asegurado y éste tiene conocimiento de ello, ya que éste se adhirió a la propuesta inicial contractual de la empresa aseguradora.

En la propuesta dirigida a la empresa aseguradora, para la celebración del contrato de seguro, en la cual deben de mencionarse todos los hechos que la propia solicitud impresa establezca, donde el proponente también podrá agregar datos que considere convenientes. Por lo que es muy importante que en la propuesta se incluyan todos aquellos aspectos que el proponente desee que vengan en su póliza.

De conformidad con el artículo 8 de La Ley sobre el Contrato de Seguro se establece lo siguiente:

“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.”

⁶³ Además de la póliza encontramos la prueba confesional para acreditar la existencia de la celebración del contrato de seguro, según lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el cual establece:

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

2.2 EL ACUERDO DE VOLUNTADES.

Dado el carácter consensual del contrato de seguro, para que exista es suficiente el acuerdo de voluntades. La oferta y la aceptación se rigen por las normas comunes. No constituyen un precontrato. Sin embargo, teóricamente la compañía aseguradora es quien tiene interés en colocar en el mercado cualquiera de sus diversas pólizas como lo son: incendio, robo, huracán, terremoto, gastos médicos, vida, etc. Mas esto no ocurre así en la práctica ya que por lo general el asegurado es quien busca la protección de la compañía aseguradora, la protección del contrato de seguro, por lo que jurídicamente el asegurado es el *proponente*; por tanto el agente de seguros no formula ninguna oferta, sino que invita a hacerla, intermediando entre el cliente y la compañía aseguradora. Cabe hacer mención que en casi todos los tipos de seguros la oferta es por escrito y para formularla puede seguirse el sistema de la declaración o del cuestionario.

Existen algunos tipos de seguros, como por ejemplo: el de automóvil, en donde la compañía aseguradora no requiere al asegurado llenar el cuestionario respectivo, sino que de forma automática basándose en características generales del vehículo como lo son: modelo, marca y año, emite la póliza, única y exclusivamente con la información proporcionada de forma verbal por el asegurado, otorgándole así la cobertura solicitada.

Es de vital importancia señalar que el cuestionario o formulario que se le entrega al futuro asegurado debe de ser llenado por éste, de forma clara y veraz, ya que es la base fundamental de la compañía aseguradora para determinar el riesgo, y de no ser así se podrían tener problemas a futuro al momento del pago de un posible siniestro ante la negativa de la compañía aseguradora, toda vez que se proporcionó información falsa y/o errónea al momento de elaborar dicho cuestionario, apreciando así erróneamente el riesgo la empresa aseguradora. Por lo que debemos atender en todo momento el principio rector de este contrato, la *buena fe* contractual entre las partes.

Podemos afirmar que la propuesta u oferta, no obliga a la compañía aseguradora aunque ésta es quien entrega el cuestionario. Pero tampoco obliga al asegurado, hasta en tanto no sea aceptada por la compañía de seguros y el primero tenga conocimiento de la aceptación de la oferta.

Por otro lado, el silencio de la compañía aseguradora no significa aceptación, sino rechazo de la oferta. Tampoco está obligada a comunicar su negativa a aceptar la oferta. Haciendo honor así a una máxima en derecho de quien calla no dice nada.

Como ya se estableció, el silencio no puede considerarse como aceptación en el caso de la celebración de un contrato de seguro, porque el único efecto que la ley da a la propuesta, es la vinculación del proponente, y una vez vencido el plazo de quince o treinta días, según sea el caso, la desvinculación opera automáticamente, o en otros términos, no se presume que haya aceptación del asegurador.

De conformidad con el artículo 25 de La Ley sobre el Contrato de Seguro, 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 modificaciones⁶⁴.

Con la aceptación de la oferta, se perfecciona el contrato de seguro, naciendo a la vida jurídica los derechos y obligaciones de las partes contratantes. Sin embargo hay que tener muy presente que el consentimiento de la compañía aseguradora debe ser dado por persona autorizada y comunicado al asegurado⁶⁵.

⁶⁴ Según lo dispuesto por el artículo 26 de La Ley sobre el Contrato de Seguro, este artículo deberá de insertarse textualmente en la póliza.

⁶⁵ Por lo general, la manera en que se da la aceptación de la aseguradora es mediante la expedición de la póliza que se entrega al asegurado o mediante la expedición del recibo oficial, de pago de prima expedido por la aseguradora, en papelería de la misma aseguradora, en el que se desprendan los datos necesarios para identificar la póliza contratada.

Dada la característica de adhesión del contrato de seguro, no quiere decir que sea suficiente el hecho que una persona acepte las condiciones generales de cualquier tipo de seguro, para que éste se de satisfactoriamente, sino que en ocasiones el propio proponente o asegurado en su caso, puede a través de los endosos agregar o modificar el clausurado general, si así lo desea y si la institución aseguradora está de acuerdo con ello, pues en estos casos es necesaria la aceptación de la empresa aseguradora para su perfeccionamiento, considerando posiblemente el aumento en el pago de la prima por el hecho de haber alguna modificación en las condiciones generales que implique un aumento en el riesgo contratado y por consiguiente un precio o pago mas alto de lo normal.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito;

No. Registro: 182,003

Tesis aislada

Materia(s): Civil

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIX, Marzo de 2004

Tesis: I.4o.C.65 C

Página: 1533

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

Conforme a lo dispuesto por el artículo 36, fracciones I y IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras están obligadas a ofrecer y celebrar contratos en relación con las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que asuman. Para lograr ese objetivo, es necesario que en la documentación contractual de las operaciones de seguros se indique de manera clara y precisa el alcance, términos, exclusiones, limitantes, deducibles y cualquier otra modalidad en las condiciones generales, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Las estipulaciones del contrato de seguro, como las de todo acuerdo de voluntades, no deben contener condiciones que se opongan a las disposiciones legales aplicables, y tampoco pueden establecer obligaciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios. Ahora bien, de acuerdo con lo establecido por el artículo 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras pueden utilizar contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente, en

formatos, por la institución de seguros, en los que se señalen los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro. Una de las características de este tipo de contratos es la ausencia de negociación entre las partes y al no poder discutir los términos o condiciones del acuerdo, la autoría material del contrato recae sobre quien lo redactó, circunstancia que hace infructuosa la búsqueda de la común intención de las partes en caso de duda; por esta razón, quien elabora un contrato de adhesión tiene el deber de emplear locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar con naturalidad el alcance de las obligaciones contraídas. En caso contrario, las cláusulas oscuras, cuyo sentido no pueda desentrañarse a través de los métodos ordinarios de interpretación, deben ser interpretadas a favor de los asegurados, conforme con el principio contra stipularem, que rige en materia de contratos en los que se establecen unilateralmente condiciones de la cobertura de un seguro, de tal forma que no lesione los intereses de estos últimos, es decir, debe buscarse que el acuerdo prevalezca, pero interpretado de una manera favorable al consumidor, a quien no le es imputable la redacción del contrato.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

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

De igual forma, hay que tener presente, la existencia de endosos o anexos en la póliza, ya que éstos vienen a ser modificaciones o adiciones que hace el proponente, siempre y cuando, sean aceptados por la compañía aseguradora, mismos que corresponden a una verdadera extensión del riesgo inicialmente propuesto o una modificación al mismo, por lo tanto, las cláusulas vienen a constituir lo que se llama la propuesta. Sin embargo, cabe señalar que dichos endosos o anexos pueden presentarse con posterioridad al perfeccionamiento del contrato y estaríamos entonces frente a una modificación o extensión del riesgo.

En la práctica, muchas de las veces no se entrega al proponente un cuestionario elaborado por la compañía aseguradora, sino que se hace a través de una simple declaración de voluntad del proponente, en donde se establece principalmente el riesgo propuesto, por diversos medios de comunicación como son: Internet o teléfono, sin embargo, como hemos apreciado dicha solicitud no implica aceptación del riesgo por parte de la compañía.

De acuerdo a lo expuesto, debe siempre existir buena fe, tanto del proponente como de la compañía aseguradora para la apreciación, evaluación y aceptación correcta del riesgo, conllevando esta práctica a una sana relación entre empresa aseguradora y asegurado, fomentando así las relaciones comerciales y de negocios, excelentemente, entre las partes.

2.3 EL OBJETO.

No siempre quien celebra el contrato de seguro con la compañía aseguradora es quien está expuesto al riesgo, sin embargo es posible estar en aptitud de contratar un seguro en base al interés asegurable que posea cualquier individuo, accediendo así, al mercado asegurador, aun y cuando el contratante difiera del propio asegurado.

Se ha establecido que el asegurado suele generalmente ser al mismo tiempo el tomador del seguro, quien es la persona que contrata con la empresa aseguradora, 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.

Sin embargo podemos decir, en un sentido amplio y desde el punto de vista económico, que el objeto del seguro es la compensación del perjuicio o detrimento económico reflejado en el patrimonio personal o empresarial a consecuencia de un siniestro.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro en su artículo primero dispone que por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

En su aspecto contractual, el objeto del contrato de seguro es el bien material expuesto al riesgo sobre el cual tiene razón de ser la función indemnizatoria.

Por lo que de forma enunciativa más no limitativa mencionaremos los siguientes ejemplos a fin de visualizar el objeto dentro del contrato de seguro.

Dentro de los seguros personales, el objeto está constituido por la propia persona humana, sometida a diversos riesgos como son: la muerte, accidentes o enfermedades, los cuales a su vez pueden dar motivo a incapacidades permanentes o parciales, intervenciones quirúrgicas, erogaciones médicas, etc.

En los seguros agrícolas, encontramos que el objeto se haya representado por las explotaciones agrarias, pecuarias o forestales afectadas a riesgos como: heladas, granizada, incendio, etc.

En los seguros industriales, el objeto lo integran las propiedades e industrias, sobre las que pesa la eventualidad de posibles daños de diferente naturaleza como son: incendio, pérdida de beneficios, rotura de maquinaria, etc.

2.4 LA PÓLIZA.

Es el documento en que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes y forman parte de la misma todos aquellos documentos necesarios para la expedición de la póliza y los anexos y endosos posteriores a su emisión, como pueden ser cláusulas adicionales de la misma, los certificados individuales de seguros de grupo, los certificados de pólizas abiertas, los certificados provisionales de pólizas, los endosos, las notas de cobertura, las solicitudes de seguros, los formularios de ofertas suministradas por la compañía, los formularios médicos, en fin todos aquellos documentos que forman parte integrante del contrato de seguro.

La póliza es el medio de prueba fundamental para constatar los términos y condiciones en que se contrató. Ninguna otra prueba salvo la confesional se admitirá para probar su existencia (más no su contenido).

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que 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 probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21⁶⁶.

Las condiciones generales⁶⁷ reflejan el conjunto de principios básicos que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad, estableciendo normas relativas a la extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos, pago de primas, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, etc.

En la práctica, en ocasiones la empresa aseguradora modifica las condiciones generales y no le notifica al asegurado o contratante, dicha modificación, como es su obligación.

Por lo general la modificación es para limitar o restringir derechos adquiridos en las condiciones generales pactadas con anterioridad, sin embargo, suponiendo que en dichas condiciones generales se consignara un derecho a favor del asegurado y la empresa aseguradora pretendiera aplicar al contrato de seguro celebrado las nuevas condiciones generales, las mismas no le serían aplicables al mismo por ser condiciones generales no pactadas y ajenas al contrato de seguro celebrado inicialmente.

⁶⁶ Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁶⁷ De acuerdo a lo establecido en el artículo número 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo sexto de la presente ley.

Día a día, encontramos en el medio asegurador prácticas confusas, inviables e ilegales en estas circunstancias; para ilustrar lo anterior a manera de ejemplo narraremos los siguientes hechos:

Supongamos, el Sr. Benítez contrata una póliza de gastos médicos mayores con la aseguradora "X", la cual le entrego al Sr. Benítez hace cinco años, las condiciones generales aplicables al contrato celebrado. Al paso de los años, el Sr. Benítez sigue renovando su póliza año con año en los mismos términos pactados por las partes originalmente, sin tener a la fecha ninguna reclamación en contra de la compañía aseguradora. Al paso del tiempo y a consecuencia de la alta siniestralidad de "Y" enfermedad para la compañía aseguradora, la misma decide unilateralmente excluir dicha enfermedad dentro de sus condiciones generales de gastos médicos mayores, quedando en consecuencia "Y" enfermedad totalmente excluida, sin embargo a los pocos meses de dicha exclusión, el Sr. Benítez acude con su médico y le diagnostica la enfermedad "Y", el Sr. Benítez toma las cosas con calma porque sabe que cuenta con su póliza de gastos médicos mayores con la compañía "X", por lo que inmediatamente da aviso a la misma para que asuma la parte correspondiente de los gastos médicos y hospitalarios originados y que corresponde a la empresa aseguradora cubrir. Sin embargo, la compañía enfáticamente rechaza el siniestro, argumentando que se encuentra totalmente excluido dentro de sus condiciones generales, a lo que el Sr. Benítez conociendo sus derechos y obligaciones manifiesta a la compañía que al momento de la renovación de su póliza, la compañía no le notifico o incluyo en su nueva póliza las condiciones generales vigentes, por lo que insiste persistentemente que el siniestro esta cubierto.

Para el caso expuesto, no hay lugar a duda que el Sr. Benítez cuenta con cobertura para su enfermedad debido a que la compañía aseguradora en ningún momento notifico al asegurado de las nuevas condiciones generales al momento de la renovación, por lo que el siniestro se encuentra claramente amparado por la póliza.

Por tanto, no es procedente aplicar nuevas condiciones generales en contra del asegurado porque se estaría violando un derecho adquirido por el mismo con anterioridad y de aplicar retroactivamente la disposición de las condiciones generales se estaría violando derechos del asegurado, perjudicándolo notablemente, por lo que dicha disposición deberá quedar sin efectos.

En conclusión, dicha disposición debe ser aplicada en beneficio del asegurado, ya que si durante el plazo del seguro se pretenden modificar las condiciones generales de los contratos, surtirán sus efectos para los nuevos contratos que se celebren y no para los que ya están en vigor, o en su defecto, si se modifican las condiciones generales, que beneficien al asegurado, mas no que lo perjudiquen.

Por otro lado encontramos en el medio asegurador las *condiciones especiales*, las cuales constituyen un documento por el cual la empresa aseguradora fija determinadas reglas especiales como derechos, obligaciones o exclusiones, para un riesgo específico, mismo que generalmente va adicionado a una póliza general. Cabe mencionar que las condiciones especiales tienen preferencia sobre las generales.

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

Por lo que la póliza deberá de contener, de conformidad con el artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, los siguientes elementos:

- a. Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
- b. La designación de la cosa o de la persona asegurada;

- c. La naturaleza de los riesgos garantizados;
- d. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
- e. El monto de la garantía;
- f. La cuota o prima del seguro; y
- g. Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Sin embargo, la póliza para el caso del seguro sobre las personas, deberá contener además los siguientes requisitos, de conformidad con el artículo 153 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, a saber;

- a. El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro;
- b. El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado;
- c. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas; y
- d. En su caso, los valores garantizados.

Las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador.

Empero, para el caso del contrato de seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante.⁶⁸

2.4.1 NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA.

En nuestro derecho no es posible considerar que la póliza de seguro pueda llegar a tener el carácter de título de crédito, es decir aquel documento que entre otros requisitos trae aparejada ejecución. Esto es porque expresamente la póliza es configurada como documento probatorio del contrato, el cual se presupone su existencia.

Nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro establece imperativamente en su artículo 19, que el contrato de seguro constará por escrito sólo para fines de prueba y en su artículo 20 impone a la aseguradora, el deber de expedir para el contratante de seguro una póliza firmada por la empresa, en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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

⁶⁸ Artículo 154 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

- I.- Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
- II.- La designación de la cosa o de la persona asegurada;
- III.- La naturaleza de los riesgos garantizados;
- IV.- El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
- V.- El monto de la garantía;
- VI.- La cuota o prima del seguro;
- VII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Por lo anterior, la póliza será un documento de los que la doctrina llama declarativos ya que representa una declaración de verdad por parte de la aseguradora, en la que busca representar el estado de las cosas como lo ordena el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es decir hace constar la existencia y el tenor previo de un contrato de seguro.

Lo anterior, se confirma con el artículo 19 de la Ley en la materia al señalar que el contrato de seguro se puede probar no solo por escrito, sino mediante prueba confesional, lo cual supone la ausencia no solo de la póliza sino de cualquier otro escrito como por ejemplo la simple carta cobertura.

Incorporación

Por otra parte, para que un documento adquiriera el carácter de título de crédito se requiere que el derecho este ligado al título, es decir que la suerte del primero este conectada a la suerte del segundo, teniéndose lo que se llama incorporación del Derecho, que es lo que no ocurre en la póliza de seguro ya que la Ley sobre el Contrato de Seguro de manera imperativa sólo le da carácter probatorio.

De igual manera la incorporación que infiere la conexión permanente entre el derecho y el documento no puede invocarse en la póliza de seguros, porque la

realización del derecho depende de la celebración de un acontecimiento futuro e incierto.

Literalidad

El principio establece que se debe estar al texto literal del documento, es decir el acreedor legitimado ha de sujetarse al texto literal del título.

En base al principio de literalidad se requiere que en el título quede consignada una deuda con los siguientes requisitos:

Que sea líquida, cierta y exigible, por tanto si el título ejecutivo lo es desde que se emite, esto es el reconocimiento de pago de una cantidad cierta líquida y exigible a la llegada del término, la póliza no puede serlo, ya que en términos del artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro no está sujeta a término sino a la realización de la eventualidad prevista en el contrato (siniestro).

Autonomía

Por virtud de la autonomía, el tenedor del título le son inoponibles las excepciones personales que el deudor del mismo tuviera contra los precedentes poseedores del título.

En la póliza de seguro el artículo 30 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, descarta los efectos de esa característica, al señalar:

Artículo 30.- La empresa aseguradora podrá oponer al tenedor de la póliza o a los terceros que invoquen el beneficio, todas las excepciones oponibles al suscriptor originario, sin perjuicio de oponer las que tenga contra el reclamante.

Legitimación

Consiste en la posibilidad de que se ejerza el derecho por el tenedor, aun cuando no sea en realidad el titular jurídico del derecho.

En el seguro de daños se requiere, por virtud del artículo 85 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el interés asegurable para poder hacer efectivos los derechos contenidos en ella, luego entonces no es el tenedor como tal quien tenga la posibilidad de ejercer el derecho, en ella consignado, a menos que éste, o sea el tenedor, haya adquirido interés asegurable sobre los bienes asegurados.

3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato termina normalmente por vencimiento del plazo; por costumbre de los aseguradores se utiliza que el plazo termine a las 12:00 horas del día del término de vigencia, por lo que esta extinción de derechos es automática, aunque el riesgo esté latente o el siniestro sea inminente, siendo este término fatal sin existir posibilidad de contar con cobertura posterior al vencimiento, al menos que se renueve o pacte un nuevo contrato de seguro; también termina el contrato al desaparecer totalmente el bien asegurado por un siniestro.

Otra forma de extinción de los derechos del seguro es por rescisión⁶⁹, sea por siniestro total, por desaparición del riesgo, por concurso o quiebra del asegurado o por las cláusulas que facultan a ambas partes a rescindir en ciertos supuestos el contrato de seguro contratado, como la terminación anticipada del contrato.

⁶⁹ Pérdida de vigencia de los efectos de una póliza en virtud de determinadas causas. La rescisión del contrato de seguro obra exclusivamente sobre los efectos del mismo sin prejuzgar su validez originaria y puede ser ejercitada por el asegurador cuando concurren especiales circunstancias.

En las condiciones generales de las pólizas suele estipularse la facultad del asegurador de rescindir el contrato después de la concurrencia de un siniestro, notificándolo fehacientemente al asegurado y devolviéndole la parte de prima no consumida. Este mismo derecho y en iguales circunstancias puede ser ejercitado por el asegurado sin que en este caso pueda exigir, sin embargo, la devolución de prima. Cfr. CASTELO MATRAN, Julio. *Diccionario Mapfre de Seguros*. España, Editorial Mapfre, S.A., 1988, p. 240.

Cuando existe terminación anticipada del contrato las partes convienen expresamente en que el contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

Cuando la compañía aseguradora lo dé por terminado, lo hará mediante notificación por escrito al asegurado, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince días de practicada la notificación respectiva. La compañía aseguradora deberá devolver al asegurado la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

CAPÍTULO CUARTO. DOS GRANDES RAMOS DEL SEGURO.

En materia de seguros existen dos grandes ramos:

- a) Daños.
- b) Personas.

La Ley sobre el Contrato de Seguro, se encuentra organizada principalmente en cuatro Títulos, a saber;

- a) Título I. Disposiciones Generales.
- b) Título II. Contratos de Seguro contra los Daños.
- c) Título III. Disposiciones Especiales del Contrato de Seguro sobre las Personas.
- d) Título IV. Disposiciones Finales.

Como observamos la Ley sobre el Contrato de Seguro admite y confirma la clasificación anteriormente mencionada por lo cual vale la pena abundar en los siguientes conceptos;

1. SEGURO DE DAÑOS.

Del latín *damnum*. Valor de la pérdida sufrida o de los bienes destruidos o perjudicados.⁷⁰

Por disposición del artículo 7 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se establece que las autorizaciones para organizarse y

⁷⁰ Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española.

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 seguros:

- I.- Vida;
- II.- Accidentes y enfermedades;
- III.- Daños.

Dentro del seguro de daños encontramos los siguientes ramos;

- a).- Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
- b).- Marítimo y transportes;
- c).- Incendio;
- d).- Agrícola y de animales;
- e).- Automóviles;
- f).- Crédito;
- g).- Crédito a la vivienda;
- h).- Garantía financiera;
- i).- Diversos;
- j).- Terremoto y otros riesgos catastróficos, y
- k).- Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9o. de esta Ley.

El concepto de *daño* dentro del ramo de seguros se puede decir que es la pérdida personal o material producida a consecuencia directa de un siniestro.

El *daño consecuencial* es aquel daño producido indirectamente con motivo de un siniestro; por ejemplo, en un incendio en una fabrica de pinturas, en la cual el daño directo sería la pérdida originada en el inmueble y muebles a consecuencia del fuego y el daño consecuencial, sería por citar un ejemplo, la diferencia entre el costo de producción y el costo de compra de la materia prima producida originalmente en la fabrica siniestrada, trayendo por consiguiente lo que se denomina contablemente como una *pérdida consecuencial*.

El *daño intencionado* es aquel en que interviene la voluntad tendiente a la realización del mismo. Por regla general, los daños intencionados están excluidos de las pólizas de seguro, salvo en aquellos casos en que se llevan a cabo para evitar el daño o un mal mayor.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

“En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.⁷¹”

“Igualmente responderá siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.⁷²”

2. SEGURO DE PERSONAS.

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.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

⁷¹ Artículo 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁷² Artículo 80 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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 parentesco 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.⁷³

El Doble Seguro⁷⁴, es permitido en los seguros sobre la vida humana, por la propia indeterminación del valor del objeto asegurado, que no puede limitarse económicamente por obvias razones.

También, en Seguros de Daños, es contemplado el Doble Seguro, a través de la concurrencia de pólizas como lo ilustra el artículo 100 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.⁷⁵

⁷³ Artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁷⁴ Se da cuando sobre el mismo objeto existen dos o más seguros del mismo tipo, cubriendo el mismo interés, contra el mismo riesgo, por el mismo plazo y con distintas empresas aseguradoras.

⁷⁵ Artículo 100 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CAPÍTULO QUINTO. EL SINIESTRO.

1. EL SINIESTRO.

El siniestro en síntesis es la materialización del riesgo. El siniestro es el suceso ante el cual ninguno de los contratantes del seguro se quieren ver involucrados por ser un suceso negativo con consecuencias a corto, mediano y largo plazo, para lo cual es necesario estar preparado, con esperanza de que no suceda, pero si llegase a suceder, anticiparse actuando ante esta situación inteligentemente, afrontándolo rápidamente y de la mejor forma posible.

En el mercado asegurador existen pocos agentes de seguros que acompañan a sus clientes en un siniestro. Si bien es cierto que las compañías aseguradoras hacen lo propio al cumplir su obligación de atender el siniestro, también lo es, que el agente de seguros cumple una función, de asesorar y defender de cierta manera al asegurado ante la compañía de seguros, lo cual en la práctica no se lleva a cabo, en primer término, por falta de sensibilidad humana y en segundo plano por falta de sensibilidad de negocios.

Ciertamente el agente de seguros es un intermediario en la colocación del contrato de seguro. Sin embargo, es obligación del agente velar por los intereses de sus clientes, esto es, de los asegurados, de conformidad con el artículo 24 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en relación con el artículo 1 del mismo ordenamiento jurídico.

Artículo 24.- Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. En el ejercicio de sus actividades deberán apearse a la información que

proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros en términos de los artículos 36, 36-A, 36-B, 36-C y 36-D de esta Ley.

Los agentes de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el Reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad.

Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

Artículo 1.- 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 de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.

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

Esta Ley reconoce a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural, los cuales se sujetarán en su operación al artículo 13 de esta Ley y serán regulados, para efectos de su organización, funcionamiento y actividades, por la Ley de Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural.

El deber y obligación de los agentes de seguros es velar y defender los intereses de los asegurados, sin embargo, en la práctica existen “malos” agentes de seguros, y también agentes que afortunadamente sí cumplen con su deber.

Por otro lado, el asegurado se encuentra en estado de indefensión ante la compañía al elaborar el ajuste del siniestro, un proceso llevado unilateralmente por la empresa aseguradora, y esto no es supervisado más que por el propio asegurado conociendo nulo o escasamente el proceso y ajuste del seguro.

Esto sucede, a pesar de que la Ley sobre el Contrato de Seguro otorga el beneficio al asegurado de contemplar un perito para ajustar el daño o pérdida del bien asegurado.

En la práctica dicha designación la realiza unilateralmente la compañía de seguros, siendo Juez y parte al valorar el daño, siendo el asegurado espectador de dicha situación, sin embargo al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro faculta a la compañía aseguradora y al asegurado a nombrar peritos valuadores, en su artículo 117, el cual establece:

“La empresa aseguradora y el asegurado pueden exigir que el daño sea valuado sin demora. En caso de destrucción parcial de productos agrícolas, especialmente por el granizo, la valuación del daño deberá aplazarse hasta la cosecha, si una de las partes así lo solicita⁷⁶.”

La función del perito valuador y la labor de ajustar la pérdida es de suma importancia para ambas partes, por ser el elemento clave para conocer realmente a cuanto asciende la valuación del daño, y en consecuencia el monto a pagar al asegurado por parte de la compañía aseguradora. De igual forma la Ley sobre el Contrato de Seguro establece así su relevancia.

“Cuando alguna de las partes rehusare nombrar su perito para la valorización del daño, o si las partes no se pusieren de acuerdo sobre la importancia de éste, la valorización deberá practicarse por peritos que la autoridad judicial designe a petición de cualquiera de ellas, o por un perito tercero así designado, en caso de ser necesario⁷⁷.”

La Ley sobre el Contrato de Seguro otorga protección a la aseguradora previendo un escenario de controversia al sancionar en su artículo 119 lo siguiente:

“El hecho de que la empresa aseguradora intervenga en la valorización del daño, no le privará de las excepciones que pueda oponer contra las acciones del asegurado o de su causahabiente⁷⁸.”

⁷⁶ Artículo 117 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁷⁷ Artículo 118 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁷⁸ Artículo 119 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Es nulo el convenio que prohíba a las partes o a sus causahabientes hacer intervenir peritos en la valorización del daño⁷⁹.

Asimismo, los gastos de valorización estarán a cargo de los contratantes por partes iguales⁸⁰.

Un siniestro lleva consigo para los asegurados pérdidas, las cuales se ven amortiguadas en lo económico con el seguro, el cual en su finalidad lleva consigo resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Ante ello, es necesario tomar la responsabilidad que corresponde a cada una de las partes que intervienen en el contrato de seguro, para lograr en conjunto una mayor armonía y solidez en el mercado de seguros, y lograr así estabilidad y los beneficios propios del seguro ante acontecimientos inesperados y lamentables como lo son los siniestros. Así, y atendiendo al espíritu del propio contrato de seguro es menester apegarse en todo momento a la *buena fe* y lograr el fin para lo cual nació en un principio la mutualidad y posteriormente el seguro como lo conocemos hoy en día.

Al hablar de siniestro se nos viene a la mente la palabra riesgo. Ya que no existe siniestro sino existió un riesgo, el cual se caracteriza por ser futuro e incierto. Ya que sólo los hechos futuros pueden constituir riesgos. Los hechos pasados o presentes, aun cuando sean inciertos por no tenerse conocimiento de ellos, y por ende asegurables, no pueden considerarse técnicamente como riesgos, puesto que ya se realizaron, aun cuando no se conozca esa realización, dejando de ser un riesgo para constituir un siniestro.

⁷⁹ Artículo 120 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁸⁰ Artículo 121 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Como vimos, el siniestro no es más que la actualización o realización del riesgo. Es la realización material del interés asegurado.

También lo podemos definir como el daño a los bienes asegurados por el evento señalado como riesgo en la póliza de seguro.

En síntesis, el siniestro, es un acontecimiento que, por causar los daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la empresa aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o beneficiarios, la suma asegurada establecida en el contrato⁸¹.

El asegurado debe comprobar la realización del siniestro, así como también que el bien asegurado resultó perdido o dañado, pesando sobre la compañía aseguradora la prueba de que el siniestro ha sido causado por un *riesgo excluido*⁸².

“La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos⁸³.”

Este precepto legal, exige en los contratos de seguro, en caso que se pacte la exclusión para la compañía de seguros con respecto a determinados riesgos, sea necesario que se establezcan expresamente, no tácitamente, y con toda precisión, los acontecimientos excluidos, salvo pena de quedar comprendidos dichos riesgos ampliamente dentro de la póliza de seguros, con la debida obligación de la aseguradora a ser cubiertos en un momento determinado a causa de un siniestro.

⁸¹ Dentro del seguro marítimo, al siniestro se le denomina avería.

⁸² Es la decisión tomada por la compañía de seguros, en virtud de la cual no quedan cubiertos en la póliza determinados riesgos. O quedando incluidos éstos, las coberturas no surtirán efecto cuando concurran respecto a ellos, determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas. Por ese motivo, es que en las pólizas no todos los riesgos quedan cubiertos y por otra parte se establecen exclusiones precisas para dichos riesgos, o bien, salvo convenio expreso se pueden asegurar.

⁸³ Artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Una vez ocurrido el siniestro, la empresa aseguradora procede a evaluar el daño, para efectos de la indemnización que resulte procedente conforme al contrato de seguro celebrado⁸⁴.

Cuando el siniestro es procedente, esto es, cuando se paga la indemnización al asegurado, la empresa aseguradora aplica lo que se conoce como *deducible*⁸⁵, el cual consiste en la cantidad que tiene que cubrir el asegurado por cada siniestro que tenga y según se haya estipulado en la póliza. También se considera técnicamente que se trata de un coaseguro entre la empresa aseguradora y el asegurado.

Sin embargo la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su artículo 10, fracción I, establece claramente lo que se entiende por coaseguro;

Artículo 10.- Para los efectos de esta Ley se entiende:

I.- Por coaseguro la participación de dos o más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado;

Así, el coaseguro es la figura jurídica en donde dos o más empresas de seguros participan en un mismo riesgo. Sin embargo, en la práctica las empresas aseguradoras contemplan las dos figuras, *deducible* y *coaseguro*, dentro de las pólizas, asemejándolas ambas figuras en la participación del asegurado en la pérdida, esto en diferentes momentos dentro del ajuste de la misma pérdida, en cualquier clase de seguro, en donde así se estipule. Confundiéndose la figura de *coaseguro*, en perjuicio del asegurado y en contravención a lo dispuesto por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

⁸⁴ En este proceso tiene especial importancia la aplicación de los deducibles y coaseguros que se hubieren pactado y se vigilará la aplicación de la cláusula de Proporción Indemnizable para el caso de que los bienes tengan un valor superior a la suma asegurada, en cuyo caso, la compañía de seguros sólo responde de la pérdida, en la misma proporción que exista entre el valor y la suma asegurada.

⁸⁵ Es la participación en la pérdida por parte del asegurado. El cual se encuentra fijado en la carátula de póliza.

Cabe mencionar que la compañía aseguradora directamente responde por la realización del riesgo, objeto del contrato de seguro, con independencia que esta misma haya reasegurado dicho riesgo con otra empresa aseguradora sea nacional o internacional, con lo que estaríamos frente a la figura jurídica del reaseguro⁸⁶.

Para el caso de que el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, encontramos como excepción a la regla el siguiente artículo de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por 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 gastos⁸⁷.

Es importante saber, que en caso de que ocurra un siniestro y se desconozca si existe o no algún seguro contratado, se podrá solicitar dicha información a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.1 CLASES DE SINIESTRO.

Podemos dividir el siniestro en dos clases, a saber;

1. Fortuito.

⁸⁶ Se da este nombre a la concurrencia de dos o más compañías aseguradoras en la cobertura de un mismo riesgo, de tal manera que exista una dispersión o distribución del riesgo, es decir, cada compañía aseguradora sólo responde por la participación que ha asumido. Igualmente puede existir el coaseguro entre una compañía aseguradora y una o más reaseguradoras, sin embargo, ante el asegurado o sus beneficiarios la compañía aseguradora es por ley la única responsable y obligada directa. El coaseguro puede ser de póliza única, en cuyo caso en la misma póliza firman todos los coaseguradores, fijándose en ella el porcentaje de participación de cada uno sobre el total del riesgo. Puede ser en pólizas separadas si cada coasegurador emite su propia póliza, garantizando en ella su participación individual en el riesgo.

⁸⁷ Artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2. Voluntario.

1.1.1 FORTUITO.

Este tipo de siniestro es el destinado a ser cubierto por el contrato de seguro.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone:

“La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave⁸⁸.”

“La empresa responderá de las pérdidas y daños causados por las personas respecto a las cuales es civilmente responsable el asegurado; pero se admitirá en el contrato la cláusula de que trata el artículo anterior⁸⁹.”

1.1.2 VOLUNTARIO.

Este tipo de siniestro queda excluido de la garantía de la compañía aseguradora.

“En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes⁹⁰.”

⁸⁸ Artículo 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁸⁹ Artículo 79 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁹⁰ Artículo 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Debido a que el seguro existe para resarcir un daño, en caso de un evento imprevisto, y no así, al ser provocado intencionalmente por el asegurado, el beneficiario o sus causahabientes.

El precepto legal anteriormente invocado admite dos excepciones;

1. Cuando el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

“Igualmente responderá siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad⁹¹.”

2. En caso de suicidio del asegurado, para el contrato de seguro de vida, después de dos años de celebrado el contrato.

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.⁹²

En estos dos casos el seguro esta obligado a cubrir el pago del siniestro, en razón de que en el primer caso, se esta frente a una obligación moral y legal para el caso de cumplir con un deber de humanidad, la cual es además, perfectamente acorde con el orden público y bienes mayores jurídicamente tutelados.

⁹¹ Artículo 80 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁹² Artículo 186 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Respecto a la segunda excepción, indiscutiblemente va en contra del orden público, al tratarse del suicidio de una persona, sin embargo, la Ley sobre el Contrato de Seguro, establece que para cubrir el siniestro tendrían que pasar dos años, lo cual tiene una razón sustentada médica y técnicamente, la cual es que ninguna persona, con tendencia suicida, va a contratar un seguro y esperar dos años para atentar en contra de su vida, lo cual por el tiempo de espera desalentaría a cualquier individuo en cometer el suicidio, sin embargo si sucede la empresa aseguradora responderá con el pago de la suma asegurada, si el contrato tiene dos o más años de celebrado.

Los siniestros proporcionan a las empresas aseguradoras datos estadísticos y los índices de siniestralidad, para así establecer de forma efectiva: las primas, los costos, las exclusiones y los riesgos existentes en el ramo o ramos a asegurar. Siendo la frecuencia del riesgo necesaria para la obtención de los datos estadísticos que permitan establecer con mayor claridad las probabilidades del siniestro. Y en cuanto mayor y precisa sea la observación, mejores serán las clasificaciones de los riesgos y por lo tanto más homogéneos.

1.2 LA SUMA ASEGURADA.

Para determinar la suma asegurada es necesario determinar el valor de los bienes, a través de un proceso de avalúo de bienes, por medio de corredor público o perito valuador de bienes muebles o inmuebles.

Así, la suma asegurada es el valor atribuido, en virtud de la valuación, por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que la compañía de seguros está obligada a pagar en caso de siniestro por cada riesgo cubierto.

En materia de seguros existen diversos conceptos relativos al “valor”, los cuales son importante conocer para la indemnización correspondiente en caso de siniestro, a saber:

- a) Valor de reposición: Es la cantidad necesaria para reponer los bienes dañados por otros de igual calidad y cantidad, sin considerar depreciación por uso;
- b) Valor real: Es igual al valor de reposición, menos la depreciación efectiva por uso;

Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro en sus artículos 86 y 91 dispone:

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

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

- c) Valor convenido: Es el valor acordado para tomar como base para todos los efectos de la póliza.

Por ello, el valor que se establece en la póliza, no necesariamente determina el monto indemnizable, sino la suma máxima que deberá cubrir la compañía de seguros en caso de siniestro.

Existe *depreciación*, cuando el objeto asegurado sufre una disminución a consecuencia del simple uso, por el transcurso del tiempo o por algún siniestro, por lo tanto, la indemnización que debe pagar la compañía aseguradora es con base en el

valor real que tiene el objeto asegurado en el momento del siniestro, independientemente de que ese valor sea inferior o superior al que tenía anteriormente.

“Si el valor asegurado sufre una disminución esencial durante el curso del contrato, cada uno de los contratantes tendrá derecho a exigir la reducción correspondiente de la suma asegurada, en cuyo caso la prima sufrirá la reducción proporcional para los períodos posteriores del seguro⁹³.”

Encontramos que existe seguro *completo* o *pleno* cuando la relación entre la suma asegurada y el valor del interés asegurado es igual, es decir cuando coinciden, porque son iguales y la consecuencia en caso de siniestro es que se paga completamente el daño sufrido.

“Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro⁹⁴.”

Por otro lado, existe *infraseguro* cuando la suma asegurada es menor o inferior al interés asegurado.

Ante una circunstancia de esta naturaleza en caso de producirse un siniestro, la compañía aseguradora tiene derecho a aplicar la regla proporcional, a que se refiere el artículo 92 de la Ley sobre el contrato de seguro.

“Salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa aseguradora responderá de manera proporcional al daño causado⁹⁵.”

⁹³ Artículo 90 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁹⁴ Artículo 91 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁹⁵ Artículo 92 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Por ejemplo, un edificio vale un millón de pesos pero se asegura contra el riesgo de incendio por quinientos mil pesos (en este caso existe un infraseguro) y al presentarse el siniestro si es pérdida total la compañía pagará hasta el monto de la suma asegurada, pero si la pérdida es parcial cubrirá en la proporción del daño, en el caso antes analizado si el daño es del 50% del inmueble, la compañía cubrirá el 50% de la suma asegurada.

Esta diferencia puede existir desde la celebración del contrato o producirse con posterioridad, por lo que se deberá de estar muy pendiente de dicha circunstancia o es su caso, establecerse cláusulas especiales que permitan el reajuste del valor.

Es muy importante cuidar, en las renovaciones de las pólizas, las sumas aseguradoras y el valor de los bienes asegurados para evitar que la compañía aseguradora aplique la proporción indemnizable ante un siniestro la cual es a fin de cuentas la sanción hacia el asegurado de no aportar el numerario completo al riesgo en curso.

La Ley sobre el Contrato de Seguro establece al respecto:

“Las partes podrán fijar en el contrato el valor estimativo de la cosa asegurada para los efectos del resarcimiento del daño⁹⁶.”

“Si la cosa asegurada ha sido designada por su género, todos los objetos del mismo género existentes en el momento del siniestro se considerarán asegurados⁹⁷.”

Existe *sobre seguro* ó *supraseguro* cuando el valor que el asegurado o contratante atribuye al objeto asegurado en la póliza es por una suma superior al valor que realmente tiene.

⁹⁶ Artículo 93 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

⁹⁷ Artículo 94 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de siniestro, la compañía aseguradora está obligada a pagar sólo hasta el valor real de la cosa al momento de producirse el siniestro, si no hubo dolo o mala fe, pues de ser así, podría producirse un enriquecimiento ilícito por parte del asegurado.

Aunque el sobre seguro ó supraseguro puede existir desde la celebración del contrato, aun y cuando no exista ánimo de lucro o dolo en el asegurado o contratante, sino por una sobreestimación del valor del interés asegurado e inclusive puede aparecer durante la vigencia del contrato, por una disminución en el valor del bien asegurado.

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

Sino hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, pero únicamente hasta la concurrencia del valor real de la cosa asegurada, teniendo ambas partes la facultad de pedir la reducción de la suma asegurada. La empresa aseguradora no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el período en curso, en el momento del aviso del asegurado⁹⁸.

1.3 EL AJUSTADOR DE SEGUROS.

Es importante conocer la actividad del ajustador de seguros ya que es quien atiende y auxilia al asegurado a fin de determinar o cuantificar los daños originados por el siniestro, analizando los hechos que dieron lugar a ello.

Por *ajuste* debemos entender, el procedimiento a seguir a fin de establecer económicamente el monto de la pérdida ocasionada en el siniestro con la finalidad de determinar la indemnización correspondiente, además de las causas que provocaron el mismo.

⁹⁸ Artículo 95 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La determinación del monto de la pérdida la efectúa, de conformidad con prácticas mundiales, un profesional especializado, independiente en algunos casos, contratado por la compañía de seguros.

Por ejemplo, en el seguro de personas, en vida, las compañías aseguradoras envían investigadores para obtener información de los asegurados y determinar el pago o no del seguro, y quienes, en muchas ocasiones, exceden sus límites profesionales en perjuicio de los asegurados.

En el caso del seguro de automóviles, por ejemplo el ajustador interviene en la valorización de los daños dentro de los primeros momentos del siniestro, determinando los daños que hayan producido lesiones, emitiendo los informes correspondientes, estableciendo técnicamente la forma en que se produjo el accidente y emitiendo las órdenes correspondientes para el hospital para el caso de lesiones y/o la orden para el taller a fin de proceder a reparar el vehículo siniestrado.

Al respecto, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dispone:

Para el ejercicio de la actividad de ajustador de seguros se requerirá autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien la otorgará una vez que reúnan los requisitos establecidos en la presente Ley y el reglamento respectivo y la que podrá revocar, previa audiencia de la parte interesada, en los términos del reglamento respectivo.

Las actividades que realicen los ajustadores de seguros se sujetarán a las disposiciones de esta Ley. Las instituciones en ningún caso designarán como ajustador, a una persona que por su posición o cualquier circunstancia pueda actuar en contra de las prácticas profesionales generalmente aceptadas, afectando los resultados del ajuste⁹⁹.

Por lo cual deben de existir ciertos elementos para llevar a cabo un ajuste, los cuales son:

⁹⁹ Artículo 25 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

- a) La existencia de un contrato de seguro.
- b) Que exista un siniestro y que del mismo se originen pérdidas económicas.
- c) Que el siniestro esté amparado por el contrato de seguro y que la póliza se encuentre vigente.
- d) Saber si ha ocurrido alguna circunstancia o hecho después de la pérdida que pudiera liberar de responsabilidad a la empresa aseguradora.
- e) La entrega completa de la documentación e información necesaria por parte del asegurado, a fin de que el ajustador cuente con todos los elementos necesarios para que este en posibilidad de emitir su ajuste.

En la práctica aseguradora encontramos serias dificultades para determinar claros procesos de ajustes entre las compañías aseguradoras, ya que cada aseguradora tiene sus propios ajustadores, los cuales difieren unos a otros en los criterios de ajuste, inclusive dentro de un mismo siniestro, lo cual trae como consecuencia, la mayoría de los casos, una disminución en la reparación del daño en perjuicio del asegurado.

La labor de ajuste debe ser cuidada impecablemente por ambas partes, sin embargo en la práctica la compañía aseguradora determina a sus ajustadores para llevar el ajuste de la pérdida y en ocasiones el ajustador determina la improcedencia de un siniestro por aspectos nada claros hacia el asegurado dejándolo en estado de indefensión al determinar unilateralmente la compañía el rechazo o no pago del siniestro.

1.4 EL PERITO.

Es la persona experta en alguna ciencia, arte, técnica u oficio, con el objeto de ilustrar a la autoridad competente que conozca de la causa, sobre cuestiones que por su naturaleza requieran de conocimientos especializados que sean dominados por

tales expertos y cuya opinión o dictamen resulte necesario para poner fin a la controversia correspondiente.

Los peritos deben tener título en la ciencia, arte, técnica u oficio sobre la cuestión en la que ha de oírse su parecer. Si dicha ciencia, arte, técnica u oficio no requiere título o requiriéndolo, no hubiere peritos en el lugar, podrá ser nombrado cualquiera que cuente con los conocimientos necesarios para rendir el peritaje en la materia, a satisfacción del Juez.

La intervención de peritos valuadores es importante dentro del ramo de daños, debiéndose llevar a cabo a través de personas que tengan la calidad de peritos en la materia, los cuales no deben tener interés alguno sobre el asunto.

La Ley sobre el Contrato de Seguro dispone:

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 indemnización¹⁰⁰.

Cuando alguna de las partes rehusare nombrar su perito para la valorización del daño, o si las partes no se pusieren de acuerdo sobre la importancia de éste, la valorización deberá de practicarse por peritos que la autoridad judicial designe a petición de cualquiera de ellas, o por un perito tercero así designado, en caso de ser necesario¹⁰¹.

El hecho de que la empresa aseguradora intervenga en la valorización del daño, no le privará de las excepciones que pueda oponer contra las acciones del asegurado o de su causahabiente¹⁰².

Será nulo el convenio que prohíba a las partes o a sus causahabientes hacer intervenir peritos en la valorización del daño¹⁰³.

Los gastos de valorización estarán a cargo de los contratantes por partes iguales¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Artículo 116 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹⁰¹ Artículo 118 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹⁰² Artículo 119 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹⁰³ Artículo 120 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹⁰⁴ Artículo 121 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

1.5 LA INDEMNIZACIÓN.

Es el pago de una suma de dinero a la que está obligada contractualmente la compañía aseguradora a consecuencia de la realización de un siniestro, y cuyo fin es el de conseguir un resarcimiento económico en el patrimonio del asegurado o beneficiario afectado por la realización del mismo, bien a través de una sustitución de los objetos dañados o mediante la entrega de una cantidad equivalente a los bienes afectados; debiendo pagarse esa indemnización de acuerdo con las disposiciones legales respectivas, de conformidad con lo estipulado en el contrato de seguro correspondiente, y hasta el límite de la cantidad que en él se fijó como responsabilidad máxima de la compañía de seguros.

La obligación de indemnizar se determina por la clase de seguro, la medida del daño efectivamente sufrido y el monto asegurado.

El pago de los daños se basa principalmente por el *principio indemnizatorio*. De acuerdo con dicho principio, el asegurado no puede obtener un lucro, sino sólo el resarcimiento del daño sufrido, aunque el monto asegurado sea mayor.

El principio indemnizatorio del contrato de seguro afirma que la finalidad del contrato consiste en dejar al asegurado en las mismas condiciones económicas anteriores a la presentación del evento asegurado, no permitiéndole beneficiarse de esta contingencia.

Este principio indemnizatorio, para el tratadista Luis Ruiz Rueda, descansa en consideraciones de orden público y de técnica aseguradora:

- a) **El temor de siniestros voluntarios.** Si la prestación del asegurador pudiera ser superior al daño sufrido aumentarían en mucho los siniestros provocados dolosamente por el asegurado, por la codicia de lograr fácilmente la utilidad representada por el excedente de la prestación de la empresa sobre el monto del daño sufrido. Independientemente de las delictuosas, las consecuencias económicas serían graves por la destrucción de riqueza, con la consiguiente afectación de la economía pública.

b) **El peligro de la apuesta y de la especulación.** Prescindiendo de los siniestros voluntarios (imposibles en ciertos casos por se efectos de la acción de fuerzas naturales y no la del hombre) la ausencia del principio indemnizatorio convertiría el seguro en ocasión de apuesta y de especulación, mediante el aumento de la suma asegurada, lo que permitiría obtener una ganancia en caso de siniestro.

c) **La técnica aseguradora.** Es indispensable conservar y afianzar la institución del seguro sobre sus propias bases técnicas, que sin las leyes de la estadística y la provocación de siniestros voluntarios, falsearía los cálculos de probabilidades, desequilibraría a las empresas y acabaría por aniquilarlas ante la necesidad de ir aumentando indefinidamente el monto de las primas hasta hacer incosteables las operaciones de seguro¹⁰⁵.

Según la naturaleza del seguro, pueden distinguirse diversas formas de efectuar el pago de la indemnización:

- a) Mediante la reposición del bien siniestrado;
- b) Mediante la reparación de la cosa dañada, en los casos de seguros de daños y de automóviles;
- c) Mediante el reembolso de dinero en los casos de los seguros de gastos médicos;
- d) Mediante la sustitución del bien siniestrado, en los casos de seguro de rotura de cristales;
- e) Mediante la prestación de un servicio, en los casos en que se incluya en los seguros como la asistencia jurídica, y
- f) Mediante la entrega de dinero, en los casos de seguro de vida.

También es importante conocer algunos de los supuestos por los cuales las aseguradoras rechazan las reclamaciones que les son presentadas:

¹⁰⁵ RUIZ RUEDA, Luis. *El contrato de seguro*, México, Editorial Porrúa, 1978. Apud Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. *El Contrato de Seguro Privado*, México, Editorial Porrúa, 2000, p. 237.

- a) En los seguros de automóviles: Por existir agravación del riesgo, falta de legitimidad, cambio de beneficiario, por no acreditar la propiedad, falta de original de factura, diferencias entre factura y póliza, por omisiones, inexactas o falsas declaraciones, por pago extemporáneo de la prima, por conducir un vehículo de trabajo en estado de embriaguez, por aviso extemporáneo del siniestro a la aseguradora, etc.;
- b) En los seguros de gastos médicos: Por agravación del riesgo asegurado, por enfermedades congénitas o no amparadas, por no transcurrir el período de espera, por omisiones o inexactas declaraciones, por pago extemporáneo de la prima, por preexistencia, por prescripción de derechos, por erogación de gastos médicos en el extranjero no contratados, etc.;
- c) En los seguros de vida: Por agravación del riesgo asegurado, falsedad e inexactas declaraciones, falta de documentos, por prescripción de derechos, por falta de aceptación de la oferta; por lo que se refiere a los beneficiarios, por la falta de legitimación o por el cambio de los mismos o por pago a beneficiarios distintos a los designados; en relación al siniestro, ya sea porque el mismo está fuera de vigencia o excluido o no cubierto;
- d) En los seguros agropecuarios o de animales: Por pago extemporáneo de la prima, falta de documentación que acredite la propiedad, falta de aviso del siniestro, falta de aviso de nacimiento de ganado, falta de identificación del animal asegurado, por haberse rebasado el período de cultivo asegurado, por riesgo excluido, por siniestro excluido o no cubierto, por prescripción de derechos o agravación de derechos.
- e) En los seguros marítimos y de transportes: Respecto a la documentación, por no acreditar la propiedad o por ser irregular, por pago extemporáneo de la prima, por omisiones en la declaración de embarques o falta de interés asegurable, por transitar en camino y horas no pactadas, por

culpa grave o robo en que interviene el asegurado, por agravación del riesgo, por interrupción en la ruta, por prescripción de derechos, por falta de medidas de seguridad, por falta de interés asegurable;

1.6 VÍA.

El asegurado tiene la opción de elegir si acude, a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF¹⁰⁶) ó no; sin embargo, de presentarse la reclamación ante este organismo, iniciado el proceso y una vez agotada la etapa conciliatoria, sino se llega a un acuerdo; o en caso de no someterse al arbitraje, se dejan por ley, a salvo los derechos del reclamante¹⁰⁷; o aun

¹⁰⁶ Es un Organismo Público Descentralizado, cuyo objeto es promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan o contratan un producto o servicio financiero ofrecido por las Instituciones Financieras que operen dentro del territorio nacional, así como también crear y fomentar entre los usuarios una cultura adecuada respecto de las operaciones y servicios financieros. http://www.condusef.gob.mx/conoce/que_es.html Fecha de consulta: 22 de Junio de 2008.

¹⁰⁷ Artículo 68 fracción VII de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.- La comisión nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

Fracción VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. **En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.**

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación o las partes rechacen el arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

El dictamen contendrá una valoración técnico-jurídica elaborada con base en la información, documentación o elementos que existan en el expediente, así como en los elementos adicionales que el organismo se hubiere allegado.

no agotada esta etapa conciliatoria, directamente se podrá acudir ante los tribunales competentes del fuero Federal ó común en la vía Mercantil Ordinaria para reclamar judicialmente el pago del seguro contratado.

Al respecto encontramos la siguiente Jurisprudencia de la Novena Época establecida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación;

No. Registro: 185,432
 Jurisprudencia
 Materia(s): Administrativa
 Novena Época
 Instancia: Primera Sala
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XVI, Diciembre de 2002
 Tesis: 1a./J. 84/2002
 Página: 48

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS. EN EL PROCEDIMIENTO INSTAURADO PARA ATENDER LAS CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE AQUÉLLOS, NO REALIZA FUNCIONES JURISDICCIONALES, SINO DE MERA CONCILIACIÓN EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO.

De lo dispuesto en el artículo 5o. de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, se desprende que la referida comisión tiene como finalidad promover, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios frente a las instituciones financieras y arbitrar las diferencias, de manera imparcial, lo cual se traduce en la creación de esquemas de protección al público usuario de dichos servicios, como el procedimiento instaurado para atender las consultas y reclamaciones de aquellos usuarios, donde la comisión sólo puede actuar de manera limitada como conciliador y árbitro en la solución de conflictos, instancia que sólo constituye una vía de solución alterna a los procedimientos judiciales, para contribuir a eliminar las irregularidades que se cometan en la prestación de los servicios financieros, de manera que se trata de un medio organizado de heterocomposición voluntaria, en prevención de controversias judiciales entre las instituciones financieras y los particulares usuarios del servicio, esto es, el procedimiento que la mencionada ley prevé ante la referida comisión fue creado como un medio institucional de prevención de conflictos, porque la circunstancia de que, en el ámbito administrativo, el contenido de las funciones de conciliación y arbitraje, se defina más por la calidad de los particulares accionistas, que por la resolución objetiva de conflictos entre iguales, desde el punto de vista procesal, no es más que la manifestación tuitiva del Estado, a favor de los intereses más desprotegidos, lo cual se corrobora si se atiende a que así también acontece en el campo de la procuración de los consumidores, los trabajadores y los campesinos. Lo anterior implica que las funciones de conciliación no prejuzgan en cuanto al fondo de las cuestiones planteadas, ni el pronunciamiento de la citada comisión constituye una resolución jurisdiccional, pues sus efectos

La Comisión contará con un término de noventa días hábiles para expedir el dictamen correspondiente. El servidor público que incumpla con dicha obligación, será sancionado en términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

propios no coinciden con los de una sentencia, y la consecuencia de ello es que el derecho de los usuarios y de las instituciones financieras permanece intacto y expedito para accionarlo ante las instancias judiciales; de ahí que la tramitación de la reclamación ante la citada comisión, no agrega ni disminuye el derecho de las partes. De lo anterior debe concluirse que el mencionado ordenamiento legal no autoriza a aquella comisión a ejercitar una función jurisdiccional, pues se trata sólo de una instancia de mera conciliación en el ámbito administrativo, tan es así que sus pronunciamientos carecen de la fuerza ejecutoria de una sentencia judicial, ya que se limitan a una decisión arbitral.

Amparo en revisión 15/2002. Aig México, Seguros Interamericana, S.A. de C.V. 12 de junio de 2002. Cinco votos. Ponente: Juventino V. Castro y Castro. Secretario: Teófilo Ángeles Espino.

Amparo en revisión 97/2002. Generali México, Compañía de Seguros, S.A. 19 de junio de 2002. Cinco votos. Ponente: Juan N. Silva Meza. Secretario: Pedro Arroyo Soto.

Amparo en revisión 66/2002. Banco Invex, S.A., Institución de Banca Múltiple, Invex Grupo Financiero. 25 de septiembre de 2002. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Humberto Román Palacios. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Heriberto Pérez Reyes.

Amparo en revisión 121/2002. Banco Santander Mexicano, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Santander Mexicano. 2 de octubre de 2002. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Juan N. Silva Meza. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Heriberto Pérez Reyes.

Amparo en revisión 149/2002. Banco Santander Mexicano, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Santander Mexicano. 9 de octubre de 2002. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Juan N. Silva Meza. Ponente: Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Secretario: Heriberto Pérez Reyes.

Tesis de jurisprudencia 84/2002. Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de trece de noviembre de dos mil dos, por unanimidad de cinco votos de los señores Ministros: presidente Juan N. Silva Meza, Juventino V. Castro y Castro, Humberto Román Palacios, José de Jesús Gudiño Pelayo y Olga Sánchez Cordero de García Villegas.

Y respecto de la vía para demandar judicialmente el pago del seguro encontramos que la vía mercantil ordinaria es la idónea, pues la pólizas no traen aparejada ejecución, de acuerdo a la siguiente Tesis, de la Quinta Época, emitida por la entonces Sala Auxiliar de la Suprema Corte de Justicia de la Nación;

No. Registro: 342,276
Tesis aislada
Materia(s): Civil
Quinta Época

Instancia: Sala Auxiliar
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación
 CXII Tesis:
 Página: 1764

SEGUROS, LAS POLIZAS, DE, NO SON TITULOS EJECUTIVOS.

Debe estimarse que la fracción V, del artículo 1391 del Código de Comercio quedó derogada de manera implícita, al derogarse el artículo 441 de dicho ordenamiento, pues no sería razonable suponer que si textualmente se dice en la fracción V, que llevan aparejada ejecución las pólizas de seguro, conforme al artículo 441, no existiendo tal precepto, por estar derogado, pudiera seguir trayendo aparejada ejecución, dichas pólizas de seguro sobre la vida.

Amparo civil directo 423/42. Mutualista de México, Cía. de Seguros sobre la Vida. 24 de julio de 1952. Unanimidad de cinco votos. La publicación no menciona el nombre del ponente.

1.7 PRESCRIPCIÓN.

“La prescripción es el modo de adquirir el dominio de cosa ajena, a través de la posesión de ella durante cierto tiempo y con los requisitos marcados por la ley, o de liberarse de una obligación que se hubiere contraído y cuyo cumplimiento no se exija durante el término que señale asimismo la ley¹⁰⁸.”

El fundamento de la prescripción de acciones se encuentra en la presunción de abandono o renuncia del derecho que el acreedor podría hacer valer, obligando al deudor al cumplimiento de la obligación recíproca.

Hay que tener presente que la Ley sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 81, libera a la compañía aseguradora de su obligación de indemnizar lo derivado de un siniestro, cuando el asegurado o beneficiario demanden después del plazo de dos años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, a excepción

¹⁰⁸ Instituto de Investigaciones Jurídicas. *Diccionario Jurídico Mexicano*. México, Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999, p. 2502.

de la cobertura de fallecimiento para el caso de seguro de vida, pues el plazo será de cinco años.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Para tal efecto, es necesario que la aseguradora invoque tal derecho, excepcionándose, al momento de contestar la demanda instaurada en su contra para el caso de juicio.

Si la compañía aseguradora no da respuesta después de entregada la documentación requerida y antes del plazo de dos o cinco años en su caso, la reclamación puede iniciarse ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o la demanda correspondiente ante los tribunales competentes.

Excediendo el plazo de dos o cinco años, en su caso, señalado por la Ley sobre el Contrato de Seguro, la acción estará prescrita.

Sin embargo, *no transcurrirá* el término para que opere la prescripción:

a) Cuando por omisión o por falsas o inexactas declaraciones, el asegurado no haya tenido conocimiento cierto sobre el riesgo auténticamente corrido, en cuyo caso la prescripción corre desde el momento en que tenga dicho conocimiento;

b) Mientras los interesados no tengan conocimiento de la realización del siniestro;

- c) Mientras los terceros beneficiarios no tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Por otro lado, el término para que opere la prescripción se *interrumpe* en los siguientes casos:

- a) Por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro;
- b) Tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la Ley sobre el Contrato de Seguro¹⁰⁹;
- c) Por la presentación del escrito de reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- d) Por la presentación del escrito de reclamación ante la Unidad Especializada con la que cuente la Empresa Aseguradora.
- e) Por los casos que establece el artículo 1041 del Código de Comercio¹¹⁰.

¹⁰⁹ Artículo 37 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

¹¹⁰ Artículo 1041 del Código de Comercio.- La prescripción se interrumpirá por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha al deudor, por el reconocimiento de las obligaciones o por la renovación del documento en que se funde el derecho del acreedor. Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial si el actor desistiese de ella o fuese desestimada su demanda.

CAPÍTULO SEXTO. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

1. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Dentro del contrato de seguro existen diversas obligaciones que la Ley impone al asegurado, dentro de las cuales encontramos las siguientes:

Las obligaciones genéricas del asegurado las encontramos estipuladas dentro de los artículos 5, 8, 31, 52, 66, 69, 100, 113 y 114 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las cuales consisten en:

1.1 OBLIGACIÓN DE MANTENER LA OFERTA.

Artículo 5° de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “Las ofertas de celebración, prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, obligarán al proponente durante el término de quince días, o el de treinta cuando fuere necesario practicar examen médico, si no se fija un plazo menor para la aceptación.”

Esta obligación consiste en que el asegurado debe mantener su oferta de la celebración para efecto de que la empresa aseguradora este en posibilidad de determinar si acepta o no el riesgo propuesto por el contratante, siendo un tiempo prudente el marcado por la Ley sobre el Contrato de Seguro para analizar, por parte de la aseguradora, el riesgo que estaría aceptando.

1.2 OBLIGACIÓN DE DECLARAR LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO.

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

Esta obligación es trascendental para la celebración del contrato de seguro, pues es de donde se parte para la apreciación del riesgo y eventual aceptación por parte de la compañía aseguradora, ya que a través del cuestionario donde la empresa aseguradora aprecia el riesgo propuesto por el contratante.

Esta declaración de buena fe debe ser siempre lo más precisa para que la empresa aseguradora pueda conocer todos los hechos importantes, tal y como el asegurado los conozca o debiera conocer.

Es importante que el cuestionario sea elaborado por el asegurado, pues en la práctica, en diversas ocasiones, el mismo es formulado por el agente de seguros, lo cual puede dar lugar a colocar involuntariamente información equívoca.

De igual manera el asegurado, debe ser muy cauto al formular el cuestionario, porque de existir un siniestro, y de haberse omitido información importante para la apreciación del riesgo la empresa aseguradora no podrá responder ante el mismo, por haber omitido o declarado inexactamente información, ello de conformidad con el artículo 47 de la Ley sobre el contrato de seguro.

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro¹¹¹.”

¹¹¹ Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Por otro lado, es preciso mencionar que en ocasiones los cuestionarios suministrados por las empresas aseguradoras, en particular en el área de gastos médicos, contienen dos o más hechos, que pueden llevar a la confusión u ofuscación en la respuesta por parte del contratante, para lo cual sería recomendable establecer de forma clara y precisa el cuestionamiento para evitar así errores, confusiones, incluso hasta omisiones o inexactas declaraciones por parte del contratante.

Sin dejar de establecer la revisión médica como parte esencial en el procedimiento de contratación del seguro, para así fortalecer el verdadero espíritu de la contratación del seguro de gastos médicos, el cual consiste en hacer frente a cualquier enfermedad cubierta por la póliza ante el alto costo en la atención y tratamiento para el asegurado, evitando con ello que ponga en riesgo su equilibrio económico y financiero.

Por tanto, esta obligación fundamental debe ser cuidada por el asegurado al momento de realizar su oferta a la empresa aseguradora, evitando así contratiempos futuros cuando necesite hacer uso del seguro contratado.

1.3 OBLIGACIÓN DE PAGO DE PRIMAS.

Artículo 31 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.”

Esta obligación es la contraprestación que el asegurado debe cubrir a la empresa aseguradora para que se haga responsable de cubrir la eventualidad prevista en el contrato.

1.4 OBLIGACIÓN DE COMUNICAR LAS AGRAVACIONES ESENCIALES DEL RIESGO.

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

En el transcurso de la vigencia del contrato de seguro, el riesgo, en virtud de las circunstancias, puede variar, para lo cual el asegurado deberá estar al tanto y detectar aquellas agravaciones esenciales que tenga el riesgo, poniéndolo en conocimiento de la empresa aseguradora, evitando así un posible cese en las obligaciones de la empresa aseguradora ante un siniestro.

1.5 OBLIGACIÓN DE DAR AVISO DE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “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.”

Al respecto, el Maestro Martínez Gil comenta:

Se desprenden de lo anterior, dos requisitos indispensables, que son: que se tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor, es

decir que no basta con que se tenga conocimiento de que se llevó a cabo el siniestro, sino de que tiene derecho a que la compañía le preste atención y servicio con motivo de las obligaciones contractuales establecidas en el seguro.

Por lo tanto, para el efecto del cómputo del término en que se debe dar el aviso del siniestro, se deben tomar en consideración ambos conceptos, pues de lo contrario se puede llegar a cometer serias injusticias. Es cierto, que el segundo elemento resulta, en no pocos casos difícil de probar, pero partiendo de la base de la buena fe de las partes y en el último de los casos de presunciones y elementos de prueba, se puede conocer o determinarse cuándo se tuvo conocimiento de ese derecho.

El segundo párrafo del artículo 66 dice: “salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurador o 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”. Esta última parte se encuentra íntimamente ligada con el contenido del artículo 67 que dice: “Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.”

Analizando las dos transcripciones antes efectuadas, se desprende que si la Ley sobre el Contrato de Seguro no permite un plazo mayor de cinco días para el aviso, deberán las partes considerar que el plazo máximo es ése precisamente, y que además dicho aviso debe ser por escrito, a no ser que en el contrato de seguros se haya pactado otra forma. Por otra parte, cabe señalar que de conformidad con el artículo 193 de la citada ley, todas las disposiciones de la misma, tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario. En este caso las partes podrán cambiar contractualmente la forma en que se dé el aviso, más no podrán prorrogar contractualmente un plazo mayor a los cinco días establecidos en la ley.

En México la costumbre y el uso, hacen que cualquier persona avise a la compañía aseguradora en la forma que sea, sobre el siniestro y posteriormente se hace por escrito la narración y descripción del mismo. En estos casos, me permito recomendar que el formato del aviso sea firmado tanto por el conductor como por el asegurado o beneficiario, cuando no coincida la misma persona.

Otro aspecto del aviso de siniestro dado a la compañía, sería el de qué consecuencias se presentan si no se le hace dentro del plazo establecido por la ley. En primer término, cuando no se cumple con dicha obligación sin que exista dolo o mala fe, el resultado es que la compañía aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente, pero nunca perderá su derecho a cobrar la totalidad de la suma asegurada. Corresponderá al titular del derecho a la prestación, la carga de la prueba de que no hubo culpa o mala fe en la omisión (artículo 75).

En la práctica algunas compañías de seguros pretenden eludir su responsabilidad en el pago de la indemnización pretextando que no se les dio el aviso del siniestro dentro de los cinco días. Otras, no declinan la reclamación, pero sí pretenden reducir su responsabilidad en el pago ofreciendo porcentajes verdaderamente absurdos como es el 20 o 25% del monto de la indemnización. Ambos criterios son equívocos y deshonestos. Además que como lo señala acertadamente el licenciado Ruiz Rueda,

se trata de una limitación y no de una sanción, máxime si no se produce agravación alguna del daño¹¹².

Por otro lado, Isaac Halperin comenta lo siguiente:

El acaecimiento del siniestro impone al asegurado las cargas de informar:

- a) el siniestro,
- b) los daños sufridos.

La denuncia del acaecimiento del siniestro tiene por objeto poner al asegurador en condiciones de controlar las circunstancias en que se produjo, para establecer si realmente coincide con la garantía comprometida; para tomar medidas conservatorias urgentes, desbaratar posibles fraudes, etc. De ahí que lo esencial es que el asegurador conozca por medio de cualquier persona, incluso por terceros ajenos a la relación. La ley en su art. 46 no menciona esta posibilidad, pero resulta de la naturaleza de la notificación, de su función y efectos. Pero cuanto el tercero exprese, ajeno a la denuncia del hecho mismo, y que sea desfavorable al tomador, no le es oponible a éste, como confesión. Es una declaración de conocimiento, y no de voluntad, por lo que el tercero puede ser un incapaz.

- c) el acaecimiento del siniestro, que produzca la necesidad prevista;
- d) el conocimiento cierto por parte del obligado a informar.

Es necesario enviar el informe en el término de tres días de conocerlo (art. 46), aunque llegue ya vencido a poder del asegurador o de su agente (art. 15). Este plazo sólo puede ser modificado en favor del asegurado (art. 158).

Se presume que se conoció el día en que se produjo; el asegurado probará que su conocimiento es posterior. El conocimiento debe ser cierto, y tratarse de un siniestro cubierto. El Informe tardío funda la caducidad del derecho del asegurado, siempre que no medie caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hacerlo sin culpa del asegurado (art. 47). Téngase en cuenta que el concepto "imposibilidad sin culpa" se refiere a supuestos que en rigor no son de fuerza mayor, que jurídicamente no podrían considerarse tales, pero que han hecho imposible para el asegurado la comunicación oportuna: no es más que una aplicación de la buena fe esencial que inspira la celebración y ejecución del contrato (art. 1198, Cód. Civil).

Si el asegurador considera que la denuncia es tardía, debe hacerlo saber al asegurado al acusar recibo; si no lo hace, reconoce haber tomado conocimiento en tiempo útil.

El costo del informe pesa sobre el asegurado.

¹¹² MARTÍNEZ GIL, José de Jesús. *Manual Teórico y práctico de seguros*. Cuarta Edición, México, Editorial Porrúa, 1998, pp. 55 a 58.

El asegurado no está obligado a realizar investigaciones para comprobarlo. Su conocimiento debe ser cierto y del siniestro mismo en concreto; el deber de conocer no se equipara al conocimiento efectivo, salvo que exista culpa en no conocer.

Es menester que el siniestro tenga cierta importancia.

La información debe ser exacta y de cuanto se sabe, sin errores imputables al asegurado. Se redactará en términos que hagan suponer que se quiso notificar un siniestro cubierto. La omisión de detalles exigidos en el contrato, no puede sancionarse, porque el asegurador puede recabar la ampliación (art. 46 y 2). El error involuntario no acarrea ninguna sanción (doctrina de los arts. 47 y 48).

La función ya señalada del informe, fija su contenido (momento, lugar, condiciones, consecuencias inmediatas del siniestro), pero no es posible exigir una declaración completa y precisa sobre las causas, ni las diversas responsabilidades incurridas: lo esencial es que el asegurador tenga en su poder los elementos que le permitan hacer las investigaciones necesarias y salvaguardar sus intereses.

El incumplimiento de esta carga, sea por omisión o por simple retardo, se sanciona con la caducidad del derecho a la indemnización.

La jurisprudencia considera que se trata de una cláusula rescisoria, para evitar la mala fe de los asegurados. La tendencia legislativa actual está en favor de su supresión, sustituyéndola con la indemnización de los daños; pero el resarcimiento suministra una protección inadecuada al asegurador, por la imposibilidad o dificultad de determinar cuál es la pérdida sufrida. La disposición no persigue evitar un daño concreto, sino los siniestros provocados o culposos: tiene una función preventiva además de las señaladas, que no se sustituye con la acción resarcitoria posible.

El asegurador puede renunciar a la sanción expresa o tácitamente: habrá renuncia tácita cuando, pese a la violación de la carga, el asegurador designa perito para fijar el daño o cumple en alguna forma cualquiera de sus obligaciones (art. 79), o acepta que el asegurado cumpla las suyas.

El asegurador también pierde el derecho a alegar la caducidad si interviene en el salvamento o en la comprobación del siniestro o del daño (art. 46, 1), o cuando por otra vía tiene conocimiento de él (art. 15, 2): en todos estos casos, la sanción deja de llenar la función que la legítima.

La falta de perjuicio concreto para el asegurador no puede ser fundamento suficiente, en razón de la técnica aseguradora¹¹³.

Por tanto, esta obligación consagrada por el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es una de las obligaciones que el asegurado debe llevar a cabo al momento de la realización del siniestro, pues dando cumplimiento con la misma la empresa aseguradora se encuentra en aptitud de conocer la existencia del siniestro, y llevar a cabo las medidas necesarias para responder al asegurado y realizar los

¹¹³ HALPERIN, Isaac. *Seguros*. Buenos Aires, Editorial Depalma, 1983, pp. 470 a 473.

actos tendientes a conocer las causas del mismo hasta la determinación de pago, según sea el caso.

1.6 OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN A LA ASEGURADORA.

Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Esta obligación consagrada por el artículo 69 de la Ley sobre el contrato de seguro, es una de las obligaciones que el asegurado debe llevar a cabo al momento de la realización del siniestro, pues el asegurado deberá de proporcionar la información solicitada por la empresa aseguradora para determinar las circunstancias o motivos de la realización del siniestro, conociendo los elementos para determinar el pago, según sea el caso.

El doctrinista Isaac Halperin comenta:

El art. 46 reglamenta la carga del asegurado, de informar los daños sufridos.

Esta carga se funda en el mecanismo general del seguro; por lo que el asegurador debe ser informado cuanto antes de los daños, para hacer posible su liquidación inmediata. Este informe es una declaración de conocimiento, y no de voluntad.

Incumbe al tomador del seguro o a sus sucesores; si son varios, a todos ellos, pero es suficiente que uno solo cumpla con el informe.

El informe debe dirigirse al asegurador, o a su agente cuando está autorizado para recibirlo, o al liquidador designado para entender en el siniestro.

No tiene formas impuestas; la no observancia de las contractuales no afecta al cumplimiento de la carga, aunque dificulta su prueba.

Si bien la póliza fija un plazo dentro del cual el obligado debe informar, en realidad la carga subsiste mientras exista un punto que deba ser aclarado y las exigencias del asegurador en la materia están limitadas por su necesidad de conocer para

determinar la existencia y extensión de su obligación, lo cual resulta claramente del segundo párrafo del art. 46, que fija las funciones de esa información.

El asegurador debe ser diligente en requerir los informes (art. 46, 2 y 3): de su recepción depende el plazo del art. 56. Su negligencia o demora lleva necesariamente a establecer que ese plazo del art. 56 se computará desde que debió requerir diligentemente los informes y el término normal empleado por el asegurado para cumplir con ellos. Son reglas generales del derecho de las obligaciones, aplicables con tanto mayor razón en éstas, que deben ejecutarse con máxima buena fe y diligencia.

El asegurado no se reducirá a transmitir cuanto él conoce, sino que debe procurarse la información necesaria y realizar las investigaciones correspondientes, referidas al daño concreto (art. 46, 2). El contenido se determinará así en cada caso, debiendo permitir las indagaciones que el asegurador juzgue necesarias (art. 46, 2).

El informe se integra con el suministro de las pruebas del daño, generalmente instrumentales en cuanto sea razonable exigir esta forma (art. 46, 3). Estas pruebas se determinarán en cada caso. No es válido convenir la limitación de los medios de prueba (art. 46, 3).

El costo del cumplimiento de la carga pesa sobre el asegurador, siempre que no haya sido causado por indicaciones inexactas del asegurado (art. 76).

La omisión de informes inocuos no afecta el derecho del asegurado: sería contrario a la función del informe.

El asegurado debe evitar los daños, aplicando diversas medidas de prevención. Las pólizas fijan a veces precauciones que deben adoptarse: así, en materia de incendio, los equipos matafuegos (su clase y su número), empleo de material incombustible para ciertas instalaciones; en el seguro de accidentes de trabajo, se impone la observancia estricta de las reglamentaciones protectoras; en el seguro de la responsabilidad-automóvil, la inspección periódica del vehículo; en el seguro de robo, "las medidas de seguridad razonables para evitar todo robo": puertas y ventanas con herrajes y cerrojos en perfecto estado; etc.

Las pólizas sancionaban la violación de estos deberes con la caducidad de los derechos nacidos del contrato, sanción que ha quedado excluida por aplicación del art. 72, en cuyo párrafo segundo se prevé que la violación dolosa o por culpa grave sólo autoriza a reducir la indemnización: esta sanción no puede ser variada, porque el art. 36 sólo autoriza cuando no exista sanción en la ley.

Es suficiente que se dé cumplimiento sustancial a estas medidas; de las que debe tenerse en cuenta más la eficacia efectiva, que la observancia literal. Por lo que la medida sustitutiva, adoptada por el asegurado, igualmente eficaz en sustancia, cumple con la exigencia contractual; y la ineficacia real no afecta, si en las mismas circunstancias tampoco habría funcionado la pactada: es la conclusión que impone el art. 72, 2; libera al asegurador en la medida en que el daño habría sido menor sin esa violación¹¹⁴.

¹¹⁴ *Ibidem*, pp. 475 y 476.

1.7 OBLIGACIÓN DE INFORMAR LA EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS.

Artículo 100 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.-

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Esta obligación contemplada por nuestra legislación en materia de seguros, tiene su razón de ser, en el hecho que el fin del contrato de seguro es resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, más no generar un lucro con el mismo, por ello cuando el asegurado se percata que un mismo bien cuenta con dos coberturas para el mismo riesgo deberá de ponerlo en conocimiento a cada uno de los aseguradores y evitar así un doble pago, sin embargo, de existir, las empresas aseguradoras deberán de responder en los términos señalados por el artículo 102 de la Ley sobre el contrato de seguro, el cual establece:

Artículo 102 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.”

1.8 OBLIGACIÓN DE EVITAR O DISMINUIR EL DAÑO.

Artículo 113 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.-

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

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

Al respecto el Maestro Isaac Halperin, comenta:

Se trata de una carga de contenido distinto a la de mantener el estado del riesgo. Esta consiste en evitar un cambio arbitrario en consideración al aumento de probabilidades en la producción del siniestro, pero sin referencia a su acaecimiento efectivo. En cambio, la carga de evitar y disminuir el daño contiene el mandato de adoptar medidas cuando el peligro se concreta o amenaza concretarse; por lo que tiene dos objetos: evitar total o parcialmente la producción del siniestro, o, producido, evitar total o parcialmente el daño. De ahí que sólo rige para los daños que debe soportar el asegurado, que no son sólo los asegurados, es decir derivados de la relación dañada o destruida, sino también los desembolsos realizados.

Comienza desde que el siniestro es inmediatamente inminente, momento en el cual puede calcularse razonablemente que se producirá el siniestro, sin que por esto cambie el carácter de la obligación. Y subsiste hasta que aún son posibles los daños¹¹⁵.

Esta obligación de salvamento, deber ser atendida en la medida de lo posible, es decir, si el asegurado esta en la posibilidad de ejecutar dichos actos deberá de llevarlos a cabo, de ser posible, evitando o disminuyendo el daño provocado por el siniestro, de no ser así, nos acogeríamos al principio de derecho, que nadie está obligado a la imposible.

Debe ser cumplida por todos los asegurados, si son varios, o sus sucesores. En caso de enajenación se ejecutará por el vendedor o el adquirente, según el momento en que deba cumplirse; la violación previa del vendedor es oponible al comprador, pero la posterior sólo lo será en la medida en que es responsable por el hecho de un tercero. En el seguro por cuenta ajena, o en caso de cesión o de prenda, debe cumplirla el tomador; la inexecución es oponible al cesionario, asegurado o acreedor prendario. La misma carga rige en el reaseguro.

Para ejecutarla no es menester exigencia o pedido del asegurador, ni tampoco su conocimiento. El asegurado debe ser tanto más diligente en su cumplimiento, cuanto más difícil resulte para el asegurador hacerlo.

Las medidas que el asegurador puede recabar del asegurado, se determinan por la diligencia de un asegurado ordinario y por la apreciación objetiva en el momento en

¹¹⁵ HALPERIN, Isaac. *Contrato de Seguro (Seguros Terrestres)*. Buenos Aires, Editorial TEA, 1946, p. 224.

que deben ejecutarse. La afirmación corriente, que el asegurado obrará como lo haría un hombre prudente no asegurado, es susceptible de conducir a errores, porque el no asegurado puede omitir medidas que el asegurado debe adoptar.

El asegurado no necesita extremar su esfuerzo, especialmente sacrificar en exceso su salud y patrimonio, sino sólo actuar con la mayor diligencia posible. Así, no está obligado a salvar las cosas aseguradas antes que las no aseguradas, ni tomar medidas de protección que pongan en peligro a las cosas no aseguradas.

Las medidas de prevención y salvamento deben referirse tanto a los efectos directos, como a los indirectos: por ejemplo, en el incendio, al fuego y al robo de las cosas¹¹⁶.

1.9 OBLIGACIÓN DE MANTENER EL ESTADO DE LAS COSAS.

Artículo 114 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “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 más breve plazo.”

Esta obligación, contemplada por el artículo 114 de la Ley sobre el contrato de seguro, establece el deber de invariabilidad de las cosas, estableciendo dos excepciones para tal situación:

- a) Cuando se trate de interés público, y,
- b) Cuando se trate de evitar o disminuir el daño.

Fuera de ello, la razón de esta obligación de invariabilidad de las cosas tiene su fundamento en que la empresa aseguradora puede analizar y revisar las causas o motivos por los cuales se pudo haber realizado el siniestro y con ello determinar la procedencia del pago o no, de acuerdo al dictamen realizado por la compañía aseguradora.

¹¹⁶ *Idem.*

2. LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

2.1 AVISO.

El artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, establece la obligación del asegurado o del beneficiario, para que en cuanto tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, lo pongan en conocimiento de la compañía aseguradora.

Además, se establece en dicho numeral, que salvo disposición en contrario de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá de ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Dentro de la doctrina española, Boquera Matarredona, menciona lo siguiente:

El artículo 16 de la LCS¹¹⁷ exige que el tomador del seguro o el asegurado comuniquen o den aviso al asegurador de que se ha producido el siniestro, así como de sus circunstancias y consecuencias. Para el cumplimiento de la mencionada obligación la Ley establece un plazo de siete días como máximo. Pero la póliza puede haber establecido en las condiciones particulares un plazo más amplio para facilitar dicha información.

Se suele utilizar un documento o impreso, facilitado por el asegurador, que se rellenará señalando los pormenores del siniestro.

La finalidad de la declaración del siniestro es poner al corriente del hecho al asegurador para que éste tome las medidas oportunas para proteger sus intereses.

En ocasiones existe discordancia sobre la existencia y extensión del siniestro entre asegurado y porteador o persona que utiliza el vehículo para el transporte de las mercancías o entre el propietario y el porteador. La obligación de informar del acaecimiento del siniestro al asegurador, por parte del tomador o del asegurado, puede ser imposible si, previamente, el porteador o persona que maneja el vehículo para el transporte de las mercancías no le informa al asegurado o tomador de la producción del siniestro. Si el tomador o el asegurado no comunican el siniestro, pues no tienen conocimiento de su producción {cuando el porteador (no tomador) no se lo ha hecho saber} no hay pérdida del derecho a la indemnización¹¹⁸.

¹¹⁷ Ley de contrato de seguro.

¹¹⁸ BOQUERA MATARREDONA, Josefina. *El contrato de seguro de transporte de mercancías por carretera*. Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, 2002, pp. 159 y 160.

De igual manera, respecto al aviso, encontramos que Baeza Pinto, comenta lo siguiente:

Poner en conocimiento del asegurador el acaecimiento del siniestro y una relación circunstanciada de sus causas, consecuencias y demás hechos ilustrativos que permitan al asegurador imponerse debidamente del suceso.

El artículo 556 del Código de Comercio expresa que esta denuncia debe hacerse en el término de tres días. Este plazo es variable, según el tipo de seguro.

La razón de esta exigencia hay que encontrarla en el mismo principio antes señalado, ya que el conocimiento oportuno del siniestro permite al asegurador tomar medidas que eviten el incremento de los daños¹¹⁹.

Como hemos citado anteriormente, se desprenden de lo anterior, dos requisitos indispensables: Primero, que se tenga conocimiento de la realización del siniestro, y segundo que se tenga el derecho constituido a su favor, es decir que no basta con que se tenga conocimiento de que se llevó a cabo el siniestro, sino de que tenga derecho a que la compañía de seguros le preste atención y servicio con motivo de las obligaciones contractuales establecidas en el seguro.

En la práctica algunas compañías de seguros pretenden eludir su responsabilidad en el pago de la indemnización poniendo como pretexto que no se les dio el aviso del siniestro dentro de los cinco días que marca la ley. Otras compañías, no rechazan la reclamación, pero sí pretenden reducir su responsabilidad en el pago ofreciendo porcentajes verdaderamente bajos al monto de la indemnización real.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito;

¹¹⁹ BAEZA PINTO, Sergio. Edición actualizada por Juan Achurra Larrain. *El seguro*. Tercera Edición, Chile, Editorial Jurídica de Chile, 1994, p. 112.

Novena Época
 Registro: 181850
 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
 Tesis Aislada
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XIX, Marzo de 2004
 Materia(s): Civil
 Tesis: I.9o.C.119 C
 Página: 1619

SEGUROS. EL RETARDO EN EL AVISO DEL SINIESTRO NO PRESUME INTENCIÓN DEL ASEGURADO DE IMPEDIR A LA ASEGURADORA CONOCER LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO EL RIESGO.

En términos del artículo 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el retardo en el aviso del siniestro no demuestra por sí mismo la intención del asegurado de impedir que la aseguradora conozca oportunamente las circunstancias en que se produjo el riesgo, dado que ese precepto no prevé tal presunción, lo cual implica la necesaria existencia de prueba fehaciente al respecto, o bien, un principio de prueba del cual pueda desprenderse tal circunstancia y, en ese orden, corresponde a la aseguradora demostrar ese extremo en términos de lo dispuesto por el artículo 1194 del Código de Comercio, aplicado supletoriamente a la Ley sobre el Contrato de Seguro, dada la carga probatoria que asiste al que afirma en juicio esa intención del asegurado.

NOVENO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 209/2004. General de Seguros, S.A. 17 de febrero de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Gonzalo Hernández Cervantes. Secretario: Raúl Angulo Garfías.

Lamentablemente las compañías aseguradoras confunden las disposiciones consagradas en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, aplicándolos discriminatoriamente en su beneficio y sin criterio alguno; a saber:

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 Ley sobre el Contrato de Seguro, 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 cosa¹²⁰.

“Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá

¹²⁰ Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente¹²¹.”

Algunas empresas aseguradoras argumentan, en base al artículo anterior, que por no haberse dado el aviso del siniestro oportunamente, la compañía queda desligada de su obligación de pagar la indemnización y beneficios adicionales que establezca la propia póliza, lo que no es así, sino que puede la compañía aseguradora reducir la prestación, pero no dejar de pagar, pues su obligación principal es garantizar el pago ante un siniestro.

Aquí lo que se propone para el caso de seguro de vida, que el eventual incumplimiento de esta obligación no traiga consigo una sanción económica reflejada en una disminución de pago de la suma asegurada, puesto que el suceso de la defunción ya ha sucedido y la demora en el tiempo no cambiara el hecho y por tanto no puede traer consigo un perjuicio a la aseguradora ni al beneficiario, lo cual eventualmente desde la perspectiva de la aseguradora tendría el beneficio de no erogar anticipadamente una indemnización debida, sino hasta su reclamo formal.

“La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro¹²².”

Debemos decir, que no es la intención, sino el dolo que, en la hipótesis prevista en el artículo anterior, se presenta al pasar desapercibido la obligación de dar aviso a la compañía con el fin impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

La omisión dolosa tiene por fin obtener, gracias al error o desconocimiento en que incurra la compañía aseguradora, el pago de una prestación indebida, toda vez

¹²¹ Artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹²² Artículo 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

que no se la advierte a la otra parte del hecho ocurrido, y dicha circunstancia es en perjuicio de la aseguradora y en beneficio del asegurado, obteniendo un beneficio indebido, incurriendo este en responsabilidad inclusive de tipo penal.

Como excepción a la regla general encontramos que dentro del Título II (Contratos de seguro contra los daños), Capítulo III (Seguro de provechos esperados y de ganados) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en el seguro contra la enfermedad o muerte del ganado, el aviso del siniestro deberá darse dentro de las veinticuatro horas.

Esto para que la empresa aseguradora este en posibilidad material y jurídica para determinar las circunstancias o hechos que dieron lugar a la enfermedad o muerte de los cuadrúpedos, ya que en caso de enfermedad se deberá de atender a los animales para evitar un mal mayor o inclusive la muerte del ganado, y obviamente, al ser entes vivos, en el caso de muerte, tiende a descomponerse rápidamente el organismo; siendo de suma importancia el aviso a la compañía aseguradora dentro del plazo establecido para deslindar cualquier tipo de responsabilidad y para determinar el pago oportuno del siniestro.

Para lo cual se propone que se establezca un catálogo general de los avisos inmediatos de siniestros que deberá el asegurado dar a la empresa aseguradora.

2.2 INFORMACIÓN.

Al respecto el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, establece que 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 determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

El artículo anteriormente mencionado, en la práctica también presenta un abuso por parte de algunas compañías aseguradoras, pues como puede apreciarse en el artículo de referencia, la compañía aseguradora solamente puede solicitar información, sobre los hechos relacionados con el siniestro que le permitan determinar las circunstancias de su realización, esto es, en que forma se llevo a cabo el siniestro, pero no pretender ir más allá de lo que establece esta disposición, solicitando cualquier tipo de documentación.

En la doctrina española, Boquera Matarredona, menciona respecto al deber de información lo siguiente:

En virtud del artículo 38 de la LCS, el asegurado o el tomador, después de comunicar el siniestro, tienen cinco días para informar al asegurador de las mercancías transportadas en el momento del siniestro, de los efectos salvados y de la estimación de los daños.

Para proporcionar dicha información el asegurado puede aportar los documentos siguientes: copia del atestado o certificación del mismo (si lo hubiera); acta pericial de los daños; carta de porte y facturas comerciales originales de las mercancías aseguradas o documento acreditativo similar.

El incumplimiento del plazo legal o del pactado permitirá al asegurador reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, salvo que se pruebe que el asegurador tuvo conocimiento del siniestro por cualquier otro medio (prensa, televisión...).

El asegurado al comunicar al asegurador la producción del siniestro debe dar todo tipo de información sobre sus circunstancias y consecuencias, dado que le corresponde la prueba del siniestro. Tras conocer la producción del siniestro el asegurador podrá adoptar las medidas que estime oportunas para, mediante averiguaciones, valorar el alcance del siniestro y proceder a la indemnización.

Si el asegurado o el tomador no proporcionan al asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro concurriendo dolo o culpa grave perderá el derecho a la indemnización¹²³.

En la práctica, las compañías aseguradoras exigen una serie de documentación excesiva que además la solicitan no tan solo en una exhibición o

¹²³ BOQUERA MATARREDONA, Josefina, *op. cit.*, pp. 160 y 161.

petición, sino que la van solicitando sucesivamente y esto con el fin de que no corra el término a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El artículo 71 de Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

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

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.¹²⁴”

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito;

No. Registro: 175,642
 Tesis aislada
 Materia(s): Civil
 Novena Época
 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XXIII, Marzo de 2006
 Tesis: I.6o.C.392 C
 Página: 1969

CONTRATOS DE SEGUROS. LA INFORMACIÓN A QUE SE REFIEREN LOS ARTÍCULOS 69 Y 70 DE LA LEY RELATIVA NO PUEDE SER ARBITRARIA, DE MANERA TAL QUE CON ELLO LAS ASEGURADORAS ELUDAN SUS OBLIGACIONES.

De la interpretación a los artículos 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se advierte la facultad que se otorga a las instituciones de seguros para que en caso de siniestro, soliciten al asegurado la información necesaria, relacionada con el evento dañoso y que en caso de que el referido asegurado o beneficiario faltare a la obligación de proporcionar los datos derivados del origen y las causas del evento aludido, libera a la aseguradora de las obligaciones contraídas en el contrato; sin embargo, la información que preceptúan los artículos invocados, no puede ser arbitraria con la finalidad de que las instituciones aseguradoras eludan el cumplimiento de sus obligaciones, consignadas en la póliza del contrato respectivo, soslayando con ello el diverso numeral 1194 del Código de Comercio, que dispone que el actor debe

¹²⁴ Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

probar su acción y el demandado sus excepciones; de tal manera que no es válido que la aseguradora enjuiciada pretenda trasladar a la enjuiciante, la obligación de acreditar sus excepciones, lo cual es insostenible jurídicamente, en términos de la última disposición legal en cita, dado que la verdadera intención del legislador en relación con las disposiciones legales invocadas de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no fue en manera alguna que las instituciones aseguradoras eludieran el cumplimiento de sus obligaciones previstas en los contratos de seguros.

SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 3626/2005. Seguros Bital, S.A. de C.V., Grupo Financiero Bital. 23 de junio de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: María Soledad Hernández de Mosqueda. Secretario: Jorge Santiago Chong Gutiérrez.

Como vemos el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en primer lugar, establece un término para el vencimiento del crédito máximo de 30 días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información necesaria que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, esto es, mientras no se entregue a la compañía aseguradora lo solicitado al asegurado en su totalidad, no iniciará el término de 30 días para que la empresa aseguradora pueda realizar el pago.

Dicha información es solicitada por el ajustador, designado por la empresa aseguradora, por lo que pensando positivamente sería por ignorancia o negligencia del ajustador, el hecho que no pidiera la información completa en una sola exhibición o petición.

No pasa desapercibido, para el caso en concreto, que del análisis de la información que realice el ajustador pudiera necesitar información adicional que le permita llevar a cabo, eficiente y verazmente, su ajuste sin optar por inclinarse en favor de alguna de las partes.

La Ley sobre el Contrato de Seguro sanciona al asegurado, al beneficiario o a los representantes de ambos, si no remiten en tiempo la documentación y la información requerida sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro¹²⁵.

Este tipo de disposiciones tienen un alcance y fuerza importantísima dentro de las compañías aseguradoras puesto que dependerá de la voluntad de las mismas, después de analizar el siniestro, determinar si procede o no, dejando al asegurado al margen de ello, pues del análisis de la información, la empresa aseguradora determinará los hechos, circunstancias y factores que llevaron a la realización del mismo, teniendo fuertemente a su alcance la compañía, en virtud de este artículo, la facultad de requerir al asegurado indefinidamente por: documentación e información, a fin de determinar la viabilidad o no del siniestro.

Inclusive se puede apostar al tiempo y a la necesidad del asegurado, para que la compañía pueda forzar una negociación y con ello pagar una suma inferior a la cual contractual y legalmente esta obligada.

Desafortunadamente, en muchas ocasiones el principio de buena fe queda soslayado por la empresa aseguradora, pues de tener estadísticamente contemplados los riesgos asumidos y contar con los elementos para determinar la procedencia del siniestro, no lo hacen, cuando ocurre el siniestro, tomando excesivamente tiempo para decidir si pagan o no; y a pesar de contar con la información, documentación y los elementos suficientes para ello, no lo realizan voluntariamente, y el proceso que el asegurado tiene que pasar para lograr el resarcimiento del daño, es largo, el cual tiene que agotar varias instancias extrajudiciales y judiciales para conseguirlo.

¹²⁵ Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Al respecto encontramos la siguiente tesis de la Novena Época establecida por los Tribunales Colegiados de Circuito;

Novena Época
 Registro: 167831
 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
 Tesis Aislada
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XXIX, Febrero de 2009
 Materia(s): Civil
 Tesis: I.4o.C.175 C
 Página: 2046

SEGUROS. CARGA PROBATORIA DEL ASEGURADO QUE DEBE TENERSE POR CUMPLIDA POR FALTA DE INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA.

La interpretación sistemática y funcional de los artículos 66 y 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; 36, fracción IV, y 36 B, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dentro del ámbito del derecho del consumo al que corresponde genéricamente el contrato de seguro, y las garantías constitucionales y legales establecidas a favor de los consumidores de estos servicios, lleva a la convicción de que el derecho a la información, conferido a los asegurados, se traduce en la obligación de las compañías aseguradoras de asesorar profesionalmente y de buena fe a toda su clientela, respecto a los contratos de seguro que celebren o pretendan celebrar, mediante la transmisión de los conocimientos, elementos y datos, fácticos y jurídicos, requeridos para satisfacer las necesidades de esta especie de consumidores, y la explicación suficiente y adecuada de sus efectos y consecuencias, tanto en los actos preparatorios y de celebración de los contratos, como en todos los actos que se susciten durante la vigencia del pacto, y con especial relevancia durante el surgimiento de posibles siniestros cubiertos por esa relación jurídica. En tales condiciones, si el asegurado presenta una reclamación de pago, la aseguradora no debe concretarse a una simple negativa o a sustentar su rechazo en la primera razón o motivo que considere existente, sino que está obligada a hacer una exposición detallada y prolija de todas y cada una de las razones que a su juicio profesional puedan obstaculizar el obsequio de la pretensión, sin omitir motivo alguno, por leve que sea. La misma conducta debe asumirse ante la instancia legal conciliatoria. Por tanto, si la aseguradora no cumple con la obligación de informar debidamente, y su incuria o mala fe provoca o propicia que al acudir al proceso jurisdiccional, el asegurado no cumpla o cumpla deficientemente algunas cargas procesales que le incumban, la carga debe tenerse por satisfecha respecto de las omisiones originadas en la conducta de su contraparte, como medio de resarcimiento y restitución al afectado, por los daños y perjuicios causados con el ilícito de su contraria, de manera sencilla, inmediata, directa, adecuada y proporcional, consistente en impedir la producción de los efectos perniciosos de los actos contraventores del derecho, y mediante el cual cobra eficacia el principio jurídico relativo a que nadie puede beneficiarse con sus actos ilícitos y mucho menos a costa de la víctima. Asimismo, al ser la ley procesal un mecanismo o instrumento expedido para la satisfacción de los mandamientos de la ley sustantiva, y ser también de carácter general frente a la legislación de seguros, si como resultado de la aplicación de esta última, el asegurado queda eximido de acreditar ciertos hechos, o de hacerlo exactamente en los términos de la ley adjetiva, es inconcuso que ya no es exigible el cumplimiento total de las disposiciones procesales sobre distribución de las cargas procesales, como ocurre con otra clase de asuntos.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 580/2008. Kemper de México, Compañía de Seguros, S.A. 9 de octubre de 2008. Unanimidad de votos. Ponente: Leonel Castillo González. Secretaria: Mónica Cacho Maldonado.

Por otro lado, en la práctica existe un obstáculo para cumplir con esta obligación de información, verbigracia, cuando existe un incendio en la ubicación asegurada, algunas veces, se pierde documentación e información importante para el asegurado, lo cual lo lleva a conseguirla de distintas formas: con proveedores, clientes, autoridades diversas, inclusive con la propia aseguradora, etc., para poder cumplir y entregar a la compañía aseguradora lo solicitado; si a ello le agregamos, el factor que la aseguradora solicita información, la cual no es estrictamente necesaria para determinar la realización del siniestro, ciertamente el escenario de pago se complica totalmente para el asegurado, porque el tiempo transcurre y transcurre, en su perjuicio, pues deja de obtener ingresos, beneficios y/o provechos provenientes de la ubicación asegurada.

Por ello, se propone que desde la contratación se precise y delimite la información requerida al asegurado en caso de siniestro; además, una vez ocurrido el mismo, que la solicitud de información sea por escrito, contemplando los puntos relativos y estrictamente necesarios para conocerlo, para lo cual la compañía aseguradora deberá solicitar la información y documentación de forma precisa, concreta y detallada para conocer estrictamente las circunstancias de su realización.

Una vez recibida la información y documentación por parte de la compañía aseguradora que la misma se acuse de recibido.

2.3 SALVAMENTO E INVARIABILIDAD.

El *salvamento* consiste en procurar evitar daños mayores durante un siniestro, así como a los objetos que después de producido el evento, han resultado dañados.

Hay que distinguir el deber de salvamento como acción descrita anteriormente, al salvamento en concreto. Los *salvamentos* son los bienes semidestruidos o dañados, que por haber sido pagados al asegurado quedan a favor de la compañía aseguradora, así como las recuperaciones que se obtengan a través de terceros.

En el salvamento la empresa aseguradora recupera en parte lo indemnizado al asegurado a través de la venta de los bienes dañados, ya sea en remate o en venta por especie de los bienes inservibles, pero valiosos, por ejemplo, en cuanto a la materia prima utilizada en su fabricación.

Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Sino hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique.

Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos¹²⁶.

En la doctrina española, Boquera Matarredona, menciona respecto al deber de salvamento lo siguiente:

Antes de la producción del siniestro, en ocasiones, son necesarias medidas para prevenir las pérdidas de las mercancías o conducentes a aminorar la cuantía del daño y salvaguardar los eventuales derechos de reclamación contra el porteador responsable. Como existen circunstancias objetivas que predisponen para la existencia de siniestros (ej. la utilización de un vehículo viejo y defectuoso, el cansancio del conductor o la naturaleza de la carga porteada...) que pueden evitarse, cuando se celebra el contrato de seguro de transporte de mercancías se pueden pactar medidas de prevención de la producción del siniestro. Estas medidas para prevenir las pérdidas se pueden adoptar tanto por parte del cargador como del porteador e incluso del asegurador.

El cargador deberá utilizar embalajes correctos y adecuados dada la naturaleza de las mercancías a transportar y las circunstancias del transporte y del almacenaje. El porteador debe proteger las mercancías que transporta y tener cuidado en su estiba y manejo, así como en la vigilancia durante su almacenamiento. El asegurador mediante la determinación de primas más reducidas para los asegurados que adoptan medidas de protección de la carga puede estimular la prevención de pérdidas. Y quizás, dada su experiencia, pueda asesorar al asegurado sobre aspectos técnicos de protección del cargamento.

¹²⁶ Artículo 113 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En muchas pólizas se suele incluir una cláusula sobre aminoración de siniestros que establece como deber del asegurado y de sus empleados y agentes el adoptar las medidas razonables para impedir o minimizar el siniestro.

Entre dichas medidas se incluye el asegurarse de que todos los derechos contra los transportistas, depositarios o cualquier otro tercero queden debidamente preservados y ejercitados.

Las medidas de prevención que hemos analizado son acordadas por las partes en el contrato de seguro, pero existe un deber legal de salvamento. Por ello, después de producido el siniestro, son necesarias medidas para aminorar las consecuencias del mismo.

El artículo 17 de la LCS impone al tomador del seguro o al asegurado el deber de emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias o los efectos del siniestro. El incumplimiento malicioso de dicho deber puede dar lugar a la pérdida del derecho a exigir la indemnización (art.19 LCS).

El incumplimiento del deber de salvamento da derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna. Para ello se tendrá en cuenta la importancia de los daños derivados de su incumplimiento y el grado de culpa del asegurado o del beneficiario (art. 17.1 LCS).

Por último, como después veremos, si dicho incumplimiento del deber de salvamento se produce con la intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste queda liberado de toda prestación derivada del siniestro¹²⁷.

De igual manera, respecto al deber de salvamento, encontramos que Baeza Pinto, comenta lo siguiente:

Tomar todas las providencias necesarias para salvar o recobrar la cosa asegurada, o para conservar sus restos. En otros términos, el contrayente o el asegurado, frente a la ocurrencia del siniestro, tiene que esforzarse para circunscribir sus consecuencias, para evitar los daños, hasta donde sea posible; y, por último, debe velar porque los restos queden debidamente custodiados, ya que siempre tendrán algún valor que puede ser imputado a la indemnización o que permita a la empresa aseguradora resarcirse, en parte, de ella. No debemos olvidar, por otra parte, que según sea el cuidado con que se conserven los restos habrá mayores o menores posibilidades de reconstruir o reparar los objetos dañados, lo que constituye una de las formas en que la compañía puede cumplir su obligación de indemnizar.

Como quiera que las medidas de conservación benefician al asegurador, éste está sujeto a reembolsar todos los gastos que pudiera irrogar el cumplimiento de este deber.

De acuerdo con estos preceptos, si el siniestro ha sido un incendio y éste se ha producido en un establecimiento comercial o industrial, corresponde al juzgado del Crimen tomar las medidas conducentes a su salvaguardia. Habiendo seguros

¹²⁷ BOQUERA MATARREDONA, Josefina, *op. cit.*, pp. 162 y 163.

comprometidos, el salvataje debe ser entregado al liquidador oficial nombrado por las compañías interesadas y bajo la responsabilidad de éstas.

De estos mismos preceptos aparece claro que el valor de venta del salvataje, menos los gastos producidos en su conservación y liquidación, se imputan a la indemnización, que debe satisfacer la compañía aseguradora¹²⁸.

El Maestro Isaac Halperin, respecto al deber de salvamento dispone lo siguiente:

El asegurado debe evitar los daños, aplicando diversas medidas de prevención. Las pólizas fijan a veces precauciones que deben adoptarse: así, en materia de incendio: los equipos matafuegos, (su clase y número), empleo de material incombustible para ciertas instalaciones; en el seguro de accidentes de trabajo, se impone la observancia estricta de las reglamentaciones protectoras; en el seguro de la responsabilidad – automóvil, la inspección periódica del vehículo; en el seguro de robo, “las medidas de seguridad razonables para evitar todo robo”: puertas y ventanas con herrajes y cerrojos en perfecto estado; etc.

Las pólizas sancionan la violación de estos deberes con la caducidad de los derechos nacidos del contrato.

Es suficiente que se dé cumplimiento sustancial a estas medidas; de las que debe tenerse en cuenta, más la eficacia efectiva, que la observancia literal. Por lo que la medida sustitutiva, adoptada por el asegurado, igualmente eficaz en sustancia, cumple con la exigencia contractual; y la ineficacia real no afecta, si en las mismas circunstancias tampoco habría funcionado la pactada¹²⁹.

En la práctica, no está claro el proceder de la empresa aseguradora al girar instrucciones al asegurado ante un siniestro, en primer término porque el asegurado o sus beneficiarios no cuentan con la preparación necesaria para afrontar un siniestro, dificultando el pedir instrucciones a la compañía aseguradora. Por otra parte la labor de la aseguradora en dar instrucciones al asegurado tampoco es clara, ya que en la práctica la empresa aseguradora no conoce a fondo el negocio, establecimiento o bien asegurado de sus clientes o asegurados, ello porque toma el riesgo en base a la estadística y a la buena fe del asegurado, por lo que ante un

¹²⁸ BAEZA PINTO, Sergio, *op. cit.*, pp. 111 y 112.

¹²⁹ HALPERIN, Isaac. *Contrato de Seguro (Seguros Terrestres)*. Buenos Aires, Editorial TEA, 1946, p. 223.

siniestro, inclusive la propia empresa aseguradora difícilmente sabrá ¿Cómo? actuar y ¿Que? instrucciones dar a sus asegurados.

El Maestro Isaac Halperin, respecto a las instrucciones del asegurador, considera lo siguiente:

El asegurador tiene interés en impartir instrucciones para la realización del salvamento, porque cuanto la conducta del asegurado se ajuste más a los hechos, tanto mayor será la posibilidad de disminuir los daños. Estas instrucciones pueden consistir en actos u omisiones.

Las órdenes puede impartirlas el asegurador o su representante o agente autorizado. Aunque aparezcan objetivamente inadecuadas, las órdenes deben seguirse en lo posible. Sólo en los seguros de accidente y de la responsabilidad civil, los límites del deber de acatarlas, es más estrecho: una orden con una exigencia injusta no debe ser observada, lo que se resolverá considerando todas las circunstancias del caso.

Cuando el asegurado actúa en cumplimiento del deber legal impuesto por el art. 524, Cód. de Comercio, no lo hace como gestor o mandatario del asegurador, sino de una carga impuesta por el contrato y la ley. Pero cuando ejecuta las órdenes e instrucciones impartidas por el asegurador, actúa como su mandatario; por lo que puede apartarse de ellas, si el asegurador lo hubiera hecho en el caso de conocer el verdadero estado de las cosas, o se acuerda con el interés público.

Si el asegurado obró conforme a las instrucciones, el asegurador no puede aducir la infracción de la carga, y soporta los daños derivados, que son su consecuencia, en la medida en que el asegurado debió obedecer. Si el asegurado no observa esas instrucciones, sin derecho, viola la carga.

Si el asegurador no da órdenes, el asegurado no está obligado a pedirlos: cumple con dar el aviso dispuesto por el art. 524, cit., y el contrato. Si no se le transmiten instrucciones, debe adoptar todas las medidas adecuadas. Si existen varios aseguradores, y le imparten órdenes contradictorias, obrará según su criterio, pero si uno entre ellos dirige la operación, sólo éste debe ser obedecido. Con el mismo criterio se resolverá el supuesto del infraseguro, en que el asegurado es parcialmente su propio asegurador, en el caso que no esté de acuerdo con las medidas dispuestas por el asegurador. No es menester que las órdenes se impartan al momento del siniestro; pueden estar ya contenidas en el contrato.

El art. 524, cit., impone el cumplimiento de esta carga, so pena de indemnizar los daños causados; pero las pólizas lo sancionan con la caducidad cuando se haya facilitado la agravación del daño o dificultado el salvamento. Estas infracciones, cuando son meramente culposas – es decir, defectos de la diligencia que debió poner en el cumplimiento de la carga – sólo dan lugar a resarcimiento del daño; la caducidad pactada exige algo más que la culpa; de lo contrario, el asegurado, abandonado a su propia iniciativa en la realización del salvamento, puede ver comprometido su derecho a la indemnización.

No responde por la culpa de su dependiente.

El salvamento debe realizarse de acuerdo a los caracteres del riesgo asegurado y a las peculiaridades del siniestro.

Así, en el seguro de incendio, el traslado de las cosas, apuntalamiento de paredes, demolición total o parcial del edificio asegurado o en el que se encuentran las cosas, o de las fincas vecinas para evitar que el fuego se propague, inundación del lugar en que las cosas están depositadas, etc.

En el seguro de animales, el traslado del animal enfermo o de los animales sanos, según el caso; la consulta al médico veterinario, o en su defecto a un experto, cuyas instrucciones deben seguirse so pena de juzgarse que existe culpa grave.

En el seguro de robo, la colaboración más estrecha posible con las autoridades policiales y judiciales para la aprehensión de los autores, y restitución de las cosas robadas.

En el seguro individual de accidentes, ya hemos visto que la intervención quirúrgica no puede ser exigida en todos los casos.

En el seguro de la responsabilidad civil el salvamento adquiere características propias; se concreta en la obligación de confiar la dirección del proceso y en distintas prohibiciones¹³⁰.

Respecto al reembolso de los gastos de salvamento, El Maestro Halperin comenta lo siguiente:

El asegurador debe reembolsar los gastos hechos y los daños sufridos en el salvamento; porque éste se cumple para reducir las obligaciones a su cargo; es decir que se realiza primordialmente en su interés. Si el salvamento no pesara efectivamente sobre el asegurador, no sólo no se obtendría el resarcimiento cabal del daño, sino que, en la ejecución de la carga, el asegurado actuaría con economía de gastos, en contra de la eficacia de las medidas, sin que por ello el asegurador pudiera agravarse. Resultan así daños causados inmediatamente por el acaecimiento o inminencia del siniestro, y constituyen una prestación debida por el asegurador, accesoria de la principal, de indemnizar: ambas integran la prestación total por la producción del siniestro. Por esto, cabe concluir que son daños asegurados – en sentido amplio – y están sometidos a sus normas, si nada se pactó en especial.

La regla general es que el asegurador debe el reembolso de esos gastos y daños, y sólo se exime en casos excepcionales. Debe así el reembolso de los causados en virtud de circunstancias que hicieron juzgar al asegurado que eran necesarios. Un gasto o daño es exigido por las circunstancias, cuando habría sido hecho por un hombre razonable, sin que deban considerarse o investigarse las condiciones particulares del asegurado (su falta de prudencia, su falta de habilidad, etc.). La necesidad debe juzgarse en el momento y circunstancias en que se adopta la medida, y no con el juicio de los hechos posteriores, de los que viene a resultar su falta de necesidad o inconveniencia. El criterio de la necesidad no está dado por el juicio del asegurador o del asegurado, sino por el cartabón señalado. Cabe destacar que son necesarias las medidas que se toman según las órdenes del asegurador o de la autoridad.

¹³⁰ *Ibidem*, pp. 225 a 228.

Estos desembolsos y daños pueden consistir en los pagos hechos (extinción del fuego, préstamos para salvamento y auxilio, honorarios de abogados, médicos, veterinarios, etc.), en la contratación de ciertas obligaciones, en el pago de la propia actuación que se desempeñó por la profesión, y no en carácter de asegurado (médico, abogado, etc.), cuanto se pagó a un tercero, que actuó por el asegurado en cumplimiento de esta carga, y no por otras obligaciones o interés. También puede consistir en el sacrificio de cosas, sean aseguradas o no; esto es indiferente, porque siempre debe resarcirse el daño.

Igualmente se pagarán los daños causados a terceros si se produjeron en el interés exclusivo del asegurado; pero si el peligro también amenazaba a aquellos, les indemnizará su asegurador.

Es indiferente que las medidas necesarias hayan tenido o no éxito; su resultado no importa. Si se trata de medidas innecesarias, se indemnizarán sólo si han tenido éxito.

El asegurador deberá reembolsar todos los gastos realizados en cumplimiento de sus órdenes, sin considerar la necesidad de la medida dispuesta, sino sólo si el asegurado tenía el derecho o estaba obligado a seguir las órdenes. En el infraseguro, la solución no cambia porque existan esas órdenes.

No debe abonarse suma alguna a los servicios públicos que tienden a evitar la propagación del siniestro, en resguardo de la seguridad general: así, nada se adeuda por el servicio de bomberos; pero sí por la atención médica hospitalaria en el seguro de accidentes, individuales o del trabajo¹³¹.

Respecto a la época del reembolso de los gastos de salvamento, Halperin comenta:

El derecho al reembolso comienza al momento en que los gastos se hacen, y no más tarde, salvo pacto especial.

Si el asegurado lo requiere, el asegurador debe adelantar los fondos necesarios, y su demora autoriza al asegurado a no cumplir la carga, siempre que no obre contra la buena fe, como cuando se trata de medidas urgentes o puede procurarse los medios sin dificultades. En el infraseguro, no existe este deber de adelantar los fondos; sólo existe la obligación de reembolsarlos¹³².

Respecto al monto a reembolsarse en los gastos de salvamento, Halperin comenta:

El reembolso se debe totalmente, salvo pacto en contrario, y en el supuesto de infraseguro, en proporción, aun cuando – con la indemnización – exceda del monto

¹³¹ *Ibidem*, pp. 237 a 239.

¹³² *Ibidem*, pp. 239 a 240.

asegurado, o del valor de las cosas salvadas, o que las medidas hayan sido perjudiciales, sea que se hayan cumplido o no en ejecución de las órdenes del asegurador.

En el infraseguro, el asegurador sólo los soporta en proporción.

Esta solución se extiende también al seguro a primer riesgo, siempre que con la indemnización exceda de la suma garantizada.

En el seguro de la responsabilidad civil, el asegurador debe reembolsar todos los gastos del proceso, aunque excedan del monto de la garantía, y se rechace la pretensión de la supuesta víctima.

En el reaseguro rigen las mismas normas: se deben aún cuando se desestime la pretensión del asegurado.

Cuando el asegurador dirige el salvamento, indemnizará además todos los daños que cause el asegurado con su negligencia.

El pago de los daños o el reembolso debe hacerse con intereses¹³³.

Respecto a la exención del deber de pagar los gastos de salvamento, Isaac Halperin comenta lo siguiente:

No se deben estos gastos si media exención contractual.

Tampoco se deben si son medidas adoptadas antes de que ocurra el siniestro o que éste amenace en forma inmediata, o cuando el hecho que amenaza está excluido de la garantía. Pero la circunstancia que el daño no exceda de la franquicia pactada, no libera al asegurador por los gastos, ni tampoco porque éstos no alcancen a exceder de esa franquicia¹³⁴.

Respecto a quién debe pagarse. Obligado a pagar en los gastos de salvamento, Isaac Halperin comenta:

El reintegro se hará al asegurado; y si son varios, a cada uno en proporción a su parte. Cuando se enajena la cosa, el pago corresponde al adquirente – incluso los devengados antes de la venta – si con él se ajustan los daños, y al enajenante, si a éste se abona la indemnización. Análoga solución corresponde en el seguro por cuenta ajena.

¹³³ *Ibidem*, pp. 240 a 241.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 241.

Cuando hay varios aseguradores, se distribuye la carga ente ellos en proporción a su garantía. Si existe infraseguro, el asegurado deberá reembolsar al asegurador los gastos hechos por éste por encima de su contribución debida, sin poder objetarlos.

Si los gastos por una empresa se hacen para salvar cosas aseguradas en otra compañía, ambos son responsables solidarios, salvo los recursos que existan entre ellos.

Si los gastos se hacen para salvar también cosas no aseguradas, se distribuyen proporcionalmente entre asegurado y asegurador¹³⁵.

La regulación en materia de seguros posee situaciones poco prácticas, a pesar de establecer artículos con alcances teóricos importantes, sin embargo, difícilmente son llevados a cabo, en razón de las lamentables circunstancias y condiciones de un siniestro.

Para ello, es oportuno tener en cuenta el precioso valor del contrato de seguro, el cual, al fin y al cabo esta dirigido al consumidor final, por lo cual considero prudente citar el siguiente criterio de la Novena Época, emitido por los Tribunales Colegiados de Circuito, el cual estipula:

Novena Época
 Registro: 182003
 Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
 Tesis Aislada
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 XIX, Marzo de 2004
 Materia(s): Civil
 Tesis: I.4o.C.65 C
 Página: 1533

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

Conforme a lo dispuesto por el artículo 36, fracciones I y IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras están obligadas a ofrecer y celebrar contratos en relación con las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que asuman. Para lograr ese objetivo, es necesario que en la documentación contractual de las operaciones de seguros se indique de manera clara y precisa el alcance, términos, exclusiones, limitantes, deducibles y cualquier otra

¹³⁵ *Ibidem*, pp. 241, 242.

modalidad en las condiciones generales, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Las estipulaciones del contrato de seguro, como las de todo acuerdo de voluntades, no deben contener condiciones que se opongan a las disposiciones legales aplicables, y tampoco pueden establecer obligaciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios. Ahora bien, de acuerdo con lo establecido por el artículo 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las aseguradoras pueden utilizar contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente, en formatos, por la institución de seguros, en los que se señalen los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro. Una de las características de este tipo de contratos es la ausencia de negociación entre las partes y al no poder discutir los términos o condiciones del acuerdo, la autoría material del contrato recae sobre quien lo redactó, circunstancia que hace infructuosa la búsqueda de la común intención de las partes en caso de duda; por esta razón, quien elabora un contrato de adhesión tiene el deber de emplear locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar con naturalidad el alcance de las obligaciones contraídas. En caso contrario, las cláusulas oscuras, cuyo sentido no pueda desentrañarse a través de los métodos ordinarios de interpretación, deben ser interpretadas a favor de los asegurados, conforme con el principio contra stipularem, que rige en materia de contratos en los que se establecen unilateralmente condiciones de la cobertura de un seguro, de tal forma que no lesione los intereses de estos últimos, es decir, debe buscarse que el acuerdo prevalezca, pero interpretado de una manera favorable al consumidor, a quien no le es imputable la redacción del contrato.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

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

En mi opinión, atendiendo al lineamiento anterior y en concordancia con el espíritu real del contrato de seguro, existe una cuestión crítica y delicada la cual debe observarse y atenderse, la cual consiste en la indeterminación de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro, pues no se encuentran determinadas ni legal ni contractualmente dichas obligaciones del asegurado, con ello se deja un espacio a las empresas aseguradoras para aprovechar el vacío legal existente, lo cual aunado al desequilibrio contractual entre las partes, llevan al asegurado a un estado de indefensión ante la materialización del siniestro en su persona o en sus bienes asegurados.

Por tal motivo, y con el propósito de determinar *los límites jurídicos de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro*, es que se propone de forma práctica, sencilla y clara los límites a dichas obligaciones, a efecto de fortalecer la relación contractual entre asegurado y empresa aseguradora.

Conviene pues, saber que en el instante en que se materializa la eventualidad prevista en el contrato, es cuando surge a la vida jurídica, el *siniestro*, por tanto, en ese preciso momento nacen las TRES únicas obligaciones del asegurado al momento del siniestro, las cuales consisten en:

2.1.1 AVISO.

2.2.1 INFORMACIÓN.

2.3.1 SALVAMENTO E INVARIABILIDAD.

Para lo cual analizaremos en lo particular cada una de las mismas, iniciando con el;

2.1.1 AVISO.

Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.-

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.

La propuesta en esta obligación consiste:

Para el caso de seguro de vida, el eventual incumplimiento de la obligación de dar aviso a la compañía aseguradora, que no traiga consigo una sanción económica reflejada en una disminución de pago de la suma asegurada.

A efecto de ejemplificar la propuesta, permítanme señalar lo siguiente:

Supongamos que existe una póliza contratada por la cantidad de \$100,000.00 dólares americanos, la cual fue contratada por el Tío Ignacio hace 10 años con la empresa aseguradora Seguros para la Vida, S.A. de C.V.

Al morir el Tío Ignacio, hace nueve años, su sobrino, ahora beneficiario de la póliza de vida, se da cuenta del derecho constituido a su favor, por tanto:

El seguro de vida puede reclamarse por el beneficiario a partir de que él conozca el derecho constituido a su favor, entonces para aquel caso en el que hubiese transcurrido, continuando con el ejemplo, nueve años del fallecimiento del Tío Ignacio y su sobrino se percató que es beneficiario de una póliza de seguro que éste en vida le dejó, es claro en virtud del artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro¹³⁶, no ha corrido la prescripción en contra de su sobrino; sin embargo, el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece, que en cuanto se tenga conocimiento del siniestro debe ponerse en aviso a la aseguradora, en donde ésta bien podría, siguiendo con el ejemplo, pretender pagarle la indemnización a lo que hubiere importado hace nueve años el valor de la misma, es decir, si el dólar hace nueve años estaba por el orden de los 9 pesos por dólar y hoy se encuentra alrededor de 12.50 pesos por dólar, por ello, en la propuesta, a la aseguradora deberá limitársele el derecho a reducir la indemnización tratándose de los seguros de vida.

¹³⁶ Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Por tanto, si el aviso del siniestro en un seguro de vida se da con posterioridad a los 5 días que establece el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la aseguradora puede reducir la prestación pero limitándose a la fecha en que el beneficiario tuvo conocimiento del derecho constituido a su favor y no reducir la indemnización debida contemplando la fecha del fallecimiento.

Lo que aparentemente no tendría problema de ser, en la práctica conlleva diversas e inadecuadas interpretaciones por el sector asegurador, dándoles margen al abuso dentro de la interpretación de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Otra propuesta en esta obligación:

Se establezca de forma clara en la póliza el plazo para aviso de siniestro que el asegurado deberá dar a la compañía aseguradora dependiendo de la cobertura que se trate.

Esto, en atención a que el plazo de cinco días que prevé el numeral 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no es para todos los casos, ya que en los artículos 131 y 133 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, como ejemplo, establecen para el caso del seguro de los daños causados por el granizo y el seguro contra la enfermedad o muerte del ganado, el aviso debe darse dentro de las 24 horas siguientes a su realización, de tal suerte que si el asegurado para estos dos casos desconoce el plazo *especial* y avisa dentro de los 5 días pero ya pasadas las 24 horas, podrá en la práctica perder su derecho a ser indemnizado.

Es evidente que los propios términos los establece la Ley sobre el Contrato de Seguro en los numerales que acabo de citar, sin embargo, ante tan graves consecuencias económicas que puede acarrear el desconocimiento de estos plazos específicos y la masificación del seguro, que en el mercado asegurador se realiza día a día, a través de la colocación de millones de pólizas anualmente, un aviso textual insertado en la carátula de la póliza advirtiéndole al asegurado el plazo del

cumplimiento de su primera obligación al ocurrir un siniestro, dará certeza y sentido de responsabilidad a todo aquel que contrate una póliza y se encuentre frente a un siniestro que reclamar.

Ahora, continuemos con la segunda de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro;

2.2.1 INFORMACIÓN.

Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- “La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

La propuesta en esta obligación es la siguiente:

Precisar y delimitar, desde su contratación, la información requerida al asegurado en caso de siniestro.

La empresa aseguradora con su gran capacidad técnica conoce en el cien por ciento de los casos la información fundamental que requerirá para cada ramo de cobertura del seguro que otorga, como por ejemplo: en un vehículo invariablemente pedirán la factura o el documento acreditante de propiedad idóneo; en caso de robo, la denuncia del mismo ante la autoridad competente, etc.; en el caso de un seguro de vida, el acta de defunción y el certificado médico de defunción, más la identificación del asegurado, entre otras; sin querer ser tan casuístico en esta enumeración, es evidente que advertir al asegurado antes del siniestro de los documentos necesarios para su cobro harán que el mismo se ocupe por conservarlos o bien conseguirlos, en caso de que no se tuvieran a disposición; y siguiendo el ejemplo de seguro de vida, es más fácil que el asegurado en vida obtenga el documento de identificación que el seguro a la postre pedirá que cuando éste haya fallecido.

Ahora, hablando de siniestros cuantiosos no esta por demás advertirle a una empresa asegurada que para pagarle su pérdida de utilidades será necesario cumplir con los requisitos de contabilidad y presentación de estados financieros que la propia póliza debiera prever de antemano.

Por tanto, se propone que las pólizas cuenten con un apartado especial anexo a la carátula, en donde la aseguradora enliste los documentos básicos que fundamentaran la eventual pérdida que esta amparando, dejando por supuesto en favor de la aseguradora intocada la facultada de requerir mas información pero sí limitándose la aseguradora a la información que se desprenda de la solicitud de documentos que propongo, la cual esta obligada la compañía aseguradora a acompañar en la propia póliza.

Otra propuesta en esta obligación:

Establecer procedimientos claros respecto a la obtención de información por parte de los investigadores de las compañías, evitando así abusos de su cargo hacia los asegurados bajo la falsa promesa de pago por la compañía aseguradora.

Los investigadores propuestos por la aseguradora solamente podrán ser atendidos por el beneficiario previa identificación de ellos y acompañado de una carta de la empresa aseguradora que los faculta a visitar y requerir información del asegurado o beneficiario y además, deberá constar en esa carta la recomendación al asegurado de que en los procesos de entrevistas, previa cita, se haga acompañar al menos por su agente de seguros o persona de confianza para que le informen con claridad el alcance, inicio y término de la investigación.

Por tanto, se transparentaría la labor del investigador de cara al asegurado, evitando que una persona con un inexistente título de investigador, obtenga

información que de carácter confidencial pueda utilizar fraudulentamente en perjuicio del asegurado.

Propuesta adicional en esta obligación:

Una vez recibida la información y documentación por parte de la compañía aseguradora, que la misma se acuse de recibido por parte de ella misma, o bien, tener un representante facultado por la empresa de seguros para recibir dicha información.

Proponiendo que el asegurado logre tener un documento que con carácter de definitivo se le expida cuando no haya mas información que requerir, para que con claridad podamos iniciar el computo que prevé el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro¹³⁷ para el vencimiento del crédito de 30 días bajo el cual debe pagar la aseguradora el siniestro.

Una vez entregada la información a la compañía de seguros, ésta se encontrará en aptitud de revisar la información, la cual podrá requerir al asegurado de nueva cuenta para complementar o adicional la información inicialmente requerida para comprobar las circunstancias de la realización del siniestro.

Para lo cual el asegurado deberá de entregar de nueva cuenta la información solicitada por la compañía aseguradora y ésta deberá de nueva cuenta acusar de recibida dicha información.

El plazo propuesto para la generación del documento finiquito de información por parte de la compañía aseguradora sería de 30 días naturales.

¹³⁷ Artículo 71 de la Ley sobre el contrato de seguro.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Ahora bien, de no solicitar información adicional por la empresa aseguradora, se aplicaría una afirmativa ficta a la compañía de seguros y ésta tendrá la obligación dentro de los 30 días siguientes a cubrir el monto de la indemnización reclamada.

Por último, la tercera de las obligaciones del asegurado al momento del siniestro;

2.3.1 SALVAMENTO E INVARIABILIDAD.

Artículo 113 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.-

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

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

Si la aseguradora es omisa en dar instrucciones para el cumplimiento de esta obligación una vez pedidas las mismas por el asegurado no podrá sancionarse al asegurado con la pérdida del derecho a ser indemnizado o la reducción de la indemnización por dejar de atender esta obligación ó atenderla indebidamente.

Ahora bien, el deber de *invariabilidad* consiste en no alterar el estado de las cosas que se conservan en el lugar del siniestro. Al respecto la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

“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 más breve plazo¹³⁸.”

“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 a 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 empresa¹³⁹.”

Esta obligación del asegurado de no variar el estado de las cosas encuentra su razón de existencia en que la empresa aseguradora puede revisar los factores que llevaron a la realización del siniestro, para determinar las causas del mismo, con reserva del dictamen oficial rendido por las autoridades, para comprobar las circunstancias y determinar la procedencia del siniestro.

Dentro de esta obligación, el asegurado, posteriormente al aviso que dé a la compañía aseguradora, deberá de estar al tanto de que la empresa aseguradora realice las gestiones correspondientes para que intervenga su perito ó el perito nombrado por las partes para que lleve a cabo su dictamen pericial a la brevedad posible.

La propuesta en esta obligación es la siguiente:

En caso de siniestro, que la empresa aseguradora tenga un tiempo límite, a partir del aviso por escrito del asegurado, máximo de 30 treinta días naturales para realizar el dictamen pericial correspondiente y posteriormente a ello se pueda remover sin penalización los escombros del siniestro.

¹³⁸ Artículo 114 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¹³⁹ Artículo 115 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Es común, que el lugar siniestrado permanezca por meses, incluso años en las misma condición, sin poder hacer nada el asegurado al respecto, por ello la aseguradora deberá contar con un plazo máximo de 30 días naturales posteriores a la fecha de la liberación por parte de las autoridades, del bien mueble o inmueble que se trate, tiempo para realizar todo tipo de indagaciones, periciales, pruebas de campo, toma de muestras, en el lugar del siniestro. Transcurrido ese plazo el asegurado podrá variar el estado de las cosas sin penalización alguna.

Las anteriores propuestas ayudarán a las partes a lograr el cumplimiento de sus derechos y obligaciones respectivas, facilitando la interacción en el cumplimiento de las mismas, siendo primordial para el asegurado el conocimiento cabal de sus obligaciones al momento del siniestro, otorgando con ello certeza y seguridad jurídica a las partes, fortaleciendo así la cultura del seguro en México.

CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Con motivo de la actividad aseguradora, surgió la intervención del Estado a través de la creación de disposiciones legales, organismos y procedimientos con el único propósito de defender los intereses de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados, y dar solución a los conflictos derivados de la interpretación y cumplimiento del contrato de seguro.

SEGUNDA.- El contrato de seguro se basa esencialmente en la buena fe de las partes que intervienen.

TERCERA.- El contrato de seguro, es un contrato con un grado de complejidad interesante el cual debe ser cuidado en su redacción para encontrarse debidamente integrado.

CUARTA.- Deben precisarse legislativamente, en materia de seguros, las obligaciones que tiene el asegurado al momento del siniestro, determinando sus alcances y consecuencias jurídicas.

QUINTA.- Deben de respetarse y cumplirse los derechos y obligaciones de las partes contratantes apegándose siempre a la buena fe.

SEXTA.- Debe existir mayor supervisión y regulación por las autoridades competentes en materia de riesgos y seguros.

SÉPTIMA.- Existe falta de voluntad, así como de organismos especializados para la solución de controversias entre los asegurados y las compañías aseguradoras.

OCTAVA.- Falta de información veraz y oportuna para los asegurados en materia de seguros.

NOVENA.- Desconocimiento por parte de los asegurados de sus obligaciones ante un siniestro.

DÉCIMA.- Las aseguradoras cuentan con elementos que las favorecen ante un siniestro, pues con el poder de “veto”, decidiendo si se paga o no.

DÉCIMA PRIMERA.- Las compañías aseguradoras usan abusivamente en su beneficio las prerrogativas de los derechos consagrados en los artículos 66, 69, 113 y 114 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

PROPUESTAS.

PRIMERA.- El contrato de seguro, dada su naturaleza y su importancia social, debe ser considerado como un contrato obligatorio para ciertos riesgos como lo son, principalmente: automóviles, daños a terceros, daños al Estado y seguro de responsabilidad para el caso de servidores públicos.

SEGUNDA.- Exaltar el apego a la buena fe en el contrato de seguro desde principio a fin, fortaleciéndose así el mercado asegurador.

TERCERA.- Tomar conciencia de la importancia del seguro, pero sobretodo la prevención de riesgos y accidentes.

CUARTA.- Énfasis en la declaración del asegurado, siempre de buena fe y apegada a la realidad al llenar el cuestionario proporcionado por la empresa aseguradora.

QUINTA.- Renovar el contrato de seguro de acuerdo a las necesidades actuales de las personas y/o empresas, siempre con la mejor oferta del mercado asegurador, nulificando así el vicio de renovar siempre en los mismos términos y condiciones de las pólizas anteriormente contratadas.

SEXTA.- Exaltar la obligación y responsabilidad del agente de seguros en el contrato de seguro y especialmente ante un siniestro.

SÉPTIMA.- La buena fe en el contrato de seguro existe para ambas partes contratantes, empresa y asegurado, sin embargo, pareciera que dicha disposición es sólo para el asegurado, empero también las compañías aseguradoras a través de sus empleados y/o agentes de seguros, deben de apegarse siempre a ella.

OCTAVA.- Establecer responsabilidad solidaria de la compañía aseguradora con sus agentes de seguros.

NOVENA.- Respeto a la buena fe contractual y a las obligaciones de la empresa aseguradora ante la existencia de un contrato de seguro sin que exista inclusive póliza emitida.

DÉCIMA.- Revisar siempre los textos de las pólizas de conformidad con el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

DÉCIMA PRIMERA.- Establecer claramente el beneficiario preferente en las pólizas, a través de disposiciones claras.

DÉCIMA SEGUNDA.- Exista mayor supervisión, control y sanción a las compañías aseguradoras por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ante el abuso de sus facultades e incumplimiento de sus obligaciones como compañía aseguradora.

DÉCIMA TERCERA.- Tomar conciencia como sociedad de la importancia de estar bien asegurado, contando siempre con coberturas amplias de responsabilidad en contra de terceros.

DÉCIMA CUARTA.- Difundir la bondad y beneficios que implica el estar asegurado ante cualquier eventualidad o imprevisto.

DÉCIMA QUINTA.- Capacitación a Jueces y Magistrados del orden Federal y Común en la técnica jurídica y alcances del contrato de seguro.

DÉCIMA SEXTA.- Se resuelva el fondo de los negocios apegado siempre a derecho, con buena fe y rectitud de intención.

DÉCIMA SÉPTIMA.- En el caso de seguro de vida el eventual incumplimiento de la obligación de dar aviso a la compañía aseguradora no traiga consigo una sanción económica reflejada en una disminución de pago de la suma asegurada.

DÉCIMA OCTAVA.- Se establezca de forma clara en la póliza el plazo para aviso de siniestro que el asegurado deberá dar a la compañía aseguradora dependiendo de la cobertura que se trate.

DÉCIMA NOVENA.- Precisar y delimitar, desde su contratación, la información requerida al asegurado en caso de siniestro.

VIGÉSIMA.- Establecer procedimientos claros respecto a la obtención de información por parte de los investigadores de las compañías, evitando así abusos de su cargo hacia los asegurados bajo la falsa promesa de pago por la compañía aseguradora.

VIGÉSIMA PRIMERA.- Una vez recibida la información y documentación por parte de la compañía aseguradora, que la misma se acuse de recibido por parte de ella misma, o bien, tener un representante facultado por la empresa de seguros para recibir dicha información.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- En caso de siniestro, que la empresa aseguradora tenga un tiempo límite, a partir del aviso por escrito del asegurado, máximo de 30 treinta días naturales para realizar el dictamen pericial correspondiente y posteriormente a ello se pueda remover sin penalización los escombros del siniestro.

BIBLIOGRAFÍA.

- Baeza Pinto, Sergio. Edición actualizada por Juan Achurra Larrain. El seguro, Tercera Edición, Chile, Editorial Jurídica de Chile, 1994.
- Boquera Matarredona, Josefina. El contrato de seguro de transporte de mercancías por carretera, Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, 2002.
- Castelo Matrán, Julio. Diccionario Mapfre de Seguros, España, Editorial Mapfre, S.A., 1988.
- Greco, Orlando. Diccionario de Seguros, Buenos Aires, Editorial Valletta, 2004.
- Greene, Mark R. Riesgo y Seguro, Tercera Edición, España, Editorial Mapfre, S.A., 1979.
- Halperin, Isaac. Contrato de Seguro (Seguros Terrestres), Buenos Aires, Editorial TEA, 1946.
- Halperin, Isaac. Seguros, Buenos Aires, Editorial Depalma, 1983.
- Jiménez Castañeda, Rafael. Curso de daños I, México, Editorial Seguros América, Centro Educativo América, 1999.
- León Tovar, Soyla H. Contratos mercantiles, México, Editorial Oxford, 2004.
- Martínez Gil, José de Jesús. Manual Teórico y práctico de seguros, Cuarta Edición, México, Editorial Porrúa, 1998.
- Martínez Gil, José de Jesús. La Buena Fe en los Seguros Privados, México, Editorial Porrúa, 2004.
- Radovich, Jorge M. Curso de seguros en el comercio exterior, Argentina, Editorial Ad Hoc, 1999.
- Rodríguez Rodríguez, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil, Vigésima Edición, Tomo II, México, Editorial Porrúa, 1991.
- Rojina Villegas, Rafael. Derecho Civil Mexicano, Tomo VI, México, Editorial Porrúa, 1998.
- Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado, México, Editorial Porrúa, 2000.

Jurisprudencia y Tesis.

- Jurisprudencias y Tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y Tribunales Colegiados de Circuito.

Ordenamientos Jurídicos.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Código de Comercio.
- Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Reglamentos.

- Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas.
- Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en Materia de Inspección, Vigilancia y Contabilidad.

Direcciones electrónicas de Internet

- http://www.condusef.gob.mx/conoce/que_es.html
Fecha: 22 de Junio de 2008.