

S E N T E N C I A

Aguascalientes, Aguascalientes, al día primero de octubre del año dos mil veintiuno.-

V I S T O S, para resolver los autos del expediente con número **0203/2020**, que en la vía **ORAL MERCANTIL**, promueve *******, en contra de ******* y, siendo el estado de los autos de dictar sentencia definitiva, se pronuncia la misma al tenor de los siguientes:

C O N S I D E R A N D O S :

I.- *******, comparece a demandar de ******* el cumplimiento de las siguientes prestaciones:

*"I. Por el pago de la cantidad de \$265,008.00 (DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHO PESOS 00/100 M.N.) por concepto de suma asegura de invalidez total y permanente del C. *******, al amparo la póliza PRES LAB EXP GLOBAL número *******.-*

*Dicha cantidad deberá ser convertida a Unidades de Inversión a la fecha de su exigibilidad legal, que lo es el 09 de junio de 2019, treinta días posteriores a la fecha en que se emitió dictamen de invalidez definitiva del C. *******, según se desprende de la RESOLUCIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIÓN DE INVALIDEZ DEFINITIVA que en copia certificada adjunto a la presente como ANEXO 4, lo anterior en términos de lo que dispone el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.-*

El pago deberá realizarse en Moneda Nacional al valor de la Unidades de inversión tengan en la fecha en que se efectuó el mismo, de conformidad con el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.-

II. Por el monto de lo INTERESES MORATORIOS, en los términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.-

III.- Por los gastos y costas que se deriven de la tramitación del presente juicio" (Transcripción literal a foja 1 y 2 de los autos).-

II.- *******, niega las prestaciones que le son reclamadas.-

III.- Según lo prevé el artículo 1077 del Código de Comercio, las sentencias definitivas deberán ser congruentes con la demanda y con su contestación, además, deberán de decidir todos los puntos litigiosos objeto del debate.-

En consecuencia de lo anterior, las sentencias deberán decidir los hechos litigiosos.

Luego, como en el Juicio Oral existen disposiciones especiales sobre los hechos que son no contradictorios, se deberá atender primero a éstos al pronunciar la sentencia.-

Ahora, en cuanto a los hechos de la demanda y su contestación, los que no forman litis, según el artículo 1077 del Código de Comercio, en relación con el artículo 200 del Código Federal de Procedimientos Civiles, que le es supletorio, se tiene que los puntos no litigiosos que se precisan a continuación, se deben tener por demostrados:

A.- Que el veintisiete de marzo del año dos mil diecinueve, en Monterrey, Nuevo León, ***, celebró contrato de seguro con la empresa ***.-

B.- Que el contrato de seguro tiene la denominación de Seguro Vida Grupo Prest Global.-

C.- Que por el contrato se expidió la póliza *** que se acompañó a la demanda.-

D.- Que la vigencia de la póliza era del veintiocho de marzo del año dos mil diecinueve hasta el veintiocho de marzo del año dos mil veinte.-

E.- Que la póliza se pagaría en forma anual y Moneda Nacional, y fue debidamente pagada por la parte actora.-

F.- Que en virtud del contrato, entre los asegurados se encontraba ***.-

G.- Que ***, dio aviso a *** de un siniestro.-

H.- Que *** emitió carta de rechazo a ***, de la solicitud del pago del seguro.-

IV.- Ya fijados los hechos que no son controvertidos, ahora se decidirá la litis, como la acción y excepciones opuestas, conforme a los siguientes puntos:

A.- ***, demanda el cumplimiento del contrato de seguro ya mencionado en el considerando que antecede, porque se presentó el riesgo amparado en la póliza, según las condiciones pactadas en el contrato.-

B.- Ahora se precisa que los elementos para la procedencia de la acción son la existencia del contrato de seguro; la existencia de un riesgo amparado por la póliza; y el aviso oportuno a la aseguradora.-

La carga de la prueba es de la parte actora de los tres elementos señalados.-

Sustenta lo anterior la siguiente tesis, que se toma como criterio rector:

Décima Época.- Registro digital: 2004590.- Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito.- Tesis Aislada.- Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.- Libro XXIV, Septiembre de 2013, Tomo 3.- Materia(s): Civil.- Tesis: I.11o.C.35 C (10a.).- Página: 2667.-

"SEGUROS. EL BENEFICIARIO, POR REGLA GENERAL, DEBE ACREDITAR LA EXISTENCIA DEL CONTRATO, QUE OCURRIÓ EL SINIESTRO AMPARADO POR LA PÓLIZA Y QUE DIO AVISO OPORTUNO A LA ASEGURADORA; DE MANERA QUE SI ÉSTA ADUCE QUE LAS CAUSAS POR LAS QUE NO INDEMNIZÓ ESTÁN JUSTIFICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO, LE CORRESPONDE EXHIBIRLAS.-

Al resolver la contradicción de tesis 233/2011, la Primera Sala del Alto Tribunal, emitió la jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.) de rubro: "SEGUROS. SI AL CONTESTAR LA RECLAMACIÓN DE PAGO O DURANTE UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO, LA ASEGURADORA NO EXPONE TODAS LAS RAZONES POR LAS QUE NIEGA LA PRETENSIÓN DEL ASEGURADO, NO SE VE LIMITADO

SU DERECHO DE DEFENSA EN EL JUICIO, NI EXIME DE LA CARGA DE LA PRUEBA A ESTE ÚLTIMO; PERO SÍ LE IMPONE LA CARGA DE DESVIRTUAR LA PRESUNCIÓN A FAVOR DEL ASEGURADO SOBRE CUESTIONES QUE NO SE ENCUENTREN CLARAMENTE ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA.";

en cuya ejecutoria reiteró el criterio en que consideró que el artículo 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros contiene el principio de información que rige las actividades y operaciones de dichas instituciones, en protección de los intereses del público usuario de sus servicios, que les impone la obligación de informar en forma clara y precisa todo lo relativo a sus productos y los contratos de seguro que celebren, incluyendo los derechos y obligaciones de las partes. Que de conformidad con dicho precepto, cuando la aseguradora recibe una reclamación, debe informar con precisión si procede o no el pago de la suma asegurada, y las razones por las cuales no proceda, en su caso, haciendo referencia específica a las condiciones, exclusiones, limitaciones, pagos de deducibles y cualquier otra modalidad que sea aplicable en los términos de la póliza y las condiciones generales del seguro; y que, si se reclama el pago del seguro por haber ocurrido el siniestro, la carga de la prueba del asegurado, contratante, o beneficiario de la póliza se reduce a acreditar: a) la existencia del contrato de seguro; b) la materialización del riesgo amparado por la póliza; y, c) que dio aviso oportuno a la aseguradora; en este sentido, si la aseguradora aduce que las causas por las que no pagó por el siniestro están justificadas en las condiciones generales del contrato de seguro, de conformidad con el artículo 1194 del Código de Comercio y los artículos 20, 23 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, corresponde a la aseguradora exhibir dichas condiciones generales, pues la negativa del pago por actualizarse algún supuesto previsto en las condiciones generales del contrato de seguro, como las omisiones o falsas declaraciones del asegurado en la contratación, ello constituye el sustento de

su excepción y, por tanto, es su carga exhibir dichas condiciones generales”.-

DECIMO PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 325/2013. Seguros BBVA-Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA-Bancomer. 27 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Indalfer Infante Gonzales. Secretario: Eduardo Jacobo Nieto García.-

En razón de lo anterior, se procede al análisis de los autos para verificar la existencia de los elementos constitutivos de la acción.-

En cuanto al primer elemento para la procedencia de la acción intentada, el relativo a la existencia del contrato de seguro, como las dos partes aceptaron como hecho cierto que sí existe la póliza de seguro, éste ya se tiene demostrado, según los hechos no controvertidos.-

En cuanto al segundo elemento para la procedencia de la acción intentada, el relativo a la existencia de un riesgo amparado por la póliza, como el hecho lo aceptaron ambas partes, se tiene también por demostrado.-

Igual sucede con el aviso del hecho o siniestro, pues ambas partes lo aceptaron.-

En conclusión, existe el contrato del seguro, el riesgo amparado y que se le informó a la aseguradora, por lo que se considera sí existen los elementos de la acción.-

C.- Ahora se analizan las excepciones opuestas, conforme a lo siguiente:

Primera.- Según la compañía de seguros demandada, no procede la acción para el cobro pues está excluido cualquier empleado que se encuentre pensionado, jubilado, o en un proceso o estado de invalidez.-

En razón de lo anterior, conforme a la jurisprudencia que se invocó anteriormente, cuando

la compañía se excepcione para el pago del seguro, le corresponde la carga de la prueba, por lo que le corresponde probar la causa de su excepción.-

Sostiene la compañía de seguros, que mediante endoso ***, de fecha veintiocho de marzo del dos mil diecinueve, se hizo constar la exclusión de los empleados señalados.-

Para demostrar su dicho exhibió con su contestación el documento que obra a fojas 158.-

El documento que contiene el endoso a que refiere la parte demandada, fue objetado por la parte actora en los siguientes términos:

En este acto me permito objetar las pruebas documentales admitidas a la parte demandada, específicamente la consistente en la póliza de seguro (inaudible) condiciones generales de la misma, toda vez de que dichos documentos no corresponden con los que le fueron entregados a mi representada y para que pudieran probar en su contra debieron de haber sido entregadas de manera íntegra de la persona con facultades de mi representada aceptando los mismos, por lo tanto dicha prueba no deberá ser admitida en el presente juicio.-

La objeción se sustenta en dos puntos: primero, que no corresponde al que se le entregó; y segundo, que debió entregarse a la persona con facultades por la actora para aceptarlos.-

Ahora, de las fojas 255 a la 276 obran las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que para efectos del endoso se tomará en cuenta lo siguiente:

ENDOSO: acuerdo entre el Contratante y la Institución, por el cual se modifican, aclaran o dejan sin efectos parte del contenido de las Condiciones Generales o particulares de esta póliza.- (foja 256)

Ahora bien, para que haya un endoso en relación a un contrato de seguro, tiene que mediar un acuerdo entre el contratante y la aseguradora, por el cual se modifican, aclaran o dejan sin ni un efecto las Condiciones Generales de la Póliza.-

En razón de lo anterior, como la parte actora desconoce el endoso, también su voluntad en los términos del documento que lo contiene, deberá seguir en cuanto a la carga de la prueba la misma suerte de quien afirma un contrato, ya que es una modificación al pacto de seguro, que corresponde la carga de la prueba a quien lo afirma.-

En razón de lo anterior, conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, corresponde a la compañía de seguros la carga de la prueba en este caso para demostrar la modificación mediante el endoso ***.-

La parte demandada desahogó la prueba confesional del representante legal de la actora, la que se transcribe a continuación:

*P.- Sabe si su representada ***, tiene contratado algún seguro con ***.-*

R.- Si, aclarando que en este momento no, pero en algunas fecha si lo tuvimos.-

P.- Cuáles son esas fechas que refiere.-

R.- De marzo de 2019 a marzo de 2020.-

P.- Por qué lo sabe.-

R.- Porque teníamos una póliza, y este juicio es para eso.-

P.- Sabe cuál era la cobertura de dicho seguro.-

*R.- Si, teníamos como prestación en ***, el de caso de muerte y cubre invalidez parcial o permanente, eso es lo que cubre esa póliza.-*

P.- Sabe a quién cubre.-

*R.- A todos los empleados de ***.-*

P.- Conoce alguna otra modificación o endoso que se le haya emitido a la póliza.-

R.- Lo único que conozco es que nos dan la póliza, caratula, endoso, en ese endoso se hace constar que cubre muerte e invalidez parcial o permanente.-

P.- entonces si se determinaba con anterioridad no cubría.-

R.- Pues si lo vemos así, cubre en el periodo de la póliza hasta que se dictamine en ese periodo.-

P.- En caso en particular, el trabajador
***, que sucedió.-

R.- A él se le dictaminó por parte del
Seguro Social su invalidez permanente en mayo de 2019.-

P.- Y antes de esa fecha, el estuvo
sujeto a algún otro proceso de incapacidad.-

R.- Creo que tuvo algunas incapacidades,
no sé si parciales pero si tuvo incapacidades.-

P.- Y desde qué fecha.-

R.- No lo recuerdo.-

P.- Pero fue anterior a la contratación
del seguro.-

R.- Sí, pero él tiene esa prestación
desde que entra a trabajar, que él entró desde 2006,
que mientras tu estés trabajando la empresa te da esa
prestación, de seguro de vida y seguro de invalidez.-

P.- Pero antes de marzo de 2019, ese
contrato lo tenían con otra aseguradora.-

R.- Sí, siempre estamos asegurados,
quizá él cambió de aseguradora, pero siempre hay una
vigencia, se termina el seguro y entra de nuevo el
siguiente día la aseguradora, pero siempre están
cubiertos los trabajadores.-

P.- Y por qué vino a demandar su
representada, y no el trabajador.-

R.- Porque como saben es la prestación,
la aseguradora se negó a pagarle por equis situación,
entonces nosotros por ser una prestación de ***,
nosotros le pagamos esa prima que le iba a pagar la
aseguradora a él.-

P.- Cuanto le pagaron.-

R.- La cantidad exacta no la sé, pero
fueron doscientos sesenta y tantos mil pesos.-

P.- Y ese acuerdo lo celebraron entre el
trabajador y su representada verdad.-

R.- Si.-

P.- Pero jamás le avisaron a la
seguradora.-

R.- De la cesión no tengo conocimiento.-

En cuanto al punto de litis, no existe
en el interrogatorio una pregunta exclusiva para
el endoso ***, por lo que esta prueba no demuestra
la excepción de la demandada.-

En virtud de que no existe otra prueba que demuestre que ***, aceptó el endoso ***, como modificación a la póliza de seguro, no obliga a la actora.-

Lo anterior tiene su sustento en los artículos 78 del Código de Comercio, 1792 y 1794 del Código de Comercio, pues para modificar o para extinguir obligaciones, se requiere consentimiento de los contratantes originales.-

Segunda.- Sostiene también la compañía de seguros, que el endoso ***, que exhibe la actora con su demanda como base de su acción no es aplicable a ***, pues la cobertura ***, no es aplicable, debido a que existe una causa de exclusión específica dentro de las Condiciones Generales del Seguro, que excluye precisa y expresamente a empleados pensionados, jubilados, en el proceso o en estado de invalidez, debido a que este empleado mencionado ya gozaba de diversas incapacidades temporales, que implica que se encontraba en una incapacidad temporal desde el día ocho de marzo del año dos mil diecisiete, pues estaba en ese proceso de estado de invalidez.-

Ahora, para decidir lo anterior, debe acudirse a las Clausulas del contrato de seguro y a las de la póliza, que en cuanto a esta excepción son:

De la Póliza de seguro, foja 39 y 40, solo se expresa que el grupo asegurado es el cien por ciento del personal activo al servicio de la empresa ***, sin que se precise su cobertura o exclusiones.-

Del contrato de seguro, foja 166, se pactó: (BITS)

1.- INVÁLIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-

Para efectos de esta clausula, se considerará "Invalidez Total y Permanente", cuando el asegurado como consecuencia de una enfermedad se halle

imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimiento y posición social durante el último año de trabajo.-

Lo anterior, es solo para efectos del alcance de la indemnización pactada.-

Ahora, se precisa también la cláusula relativa a la exclusión que aduce la aseguradora en sus excepciones.-

A fojas 158 obra el endoso ***, que la actora ***, no reconoció, que en donde consta la cláusula que afirma la demandada excluye a los empleados que se encuentran en proceso o estado de invalidez, como ya se dijo, la parte demandada no demostró que sí se aceptó esta modificación al seguro, por lo que la cláusula no es aplicable, pues en todo caso, su exhibición en juicio solo demuestra que la expidió la aseguradora, no que la haya aceptado ***, por lo que no puede ser excluyente del pago reclamado.-

Tercera.- Sostiene *** que el endoso ***, que consta en los documentos que la parte actora acompañó con su demanda, no es aplicable a la indemnización que reclama, sino de otra cobertura.- Esto es, a ***, corresponde la cobertura ***, y no la que reclama ***.-

A fojas 42 obra el endoso *** en que reclama la actora sus derechos, que en lo que respecta al punto de litis señala:

Texto Aclaratorio:

CLAUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITP) COBERTURA, CUBRE A LAS PERSONAS A LAS QUE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA SE LES DICTAMINE UN ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE INDEPENDIENTEMENTE DE LA FECHA EN QUE INICIÓ EL PADECIMIENTO.-

El documento fue objetado por la parte demandada en la Audiencia Preliminar, así como los

demás documentos que se acompañaron a la demanda, que en lo conducente, solo se inserta la objeción al endoso ***, como sigue:

*...del mismo modo se objeta del endoso que exhibe con número ***, que adjunta la actora en virtud de que el mismo no resulta aplicable para la indemnización reclamada sino que versa de diversa cobertura con las iniciales *** por lo que no resulta aplicable al caso de la supuesta incapacidad del asegurado ***, ya que la respectiva que reclama es la que corresponde a diversa cobertura ***, por eso, el endoso no puede aplicarse al caso en cuestión en cuanto a la aplicación de la póliza.-*

Ahora, la objeción no desconoce que la aseguradora haya expedido tal endoso, solo que no sea el aplicable a ***.-

Por lo anterior, en términos de lo que prevé el artículo 1296 del Código de Comercio, se tiene a la aseguradora aceptando que expidió dicho documento, por lo que lo obliga.-

Según el texto del endoso *** referido, comprende indemnización por la invalidez total y permanente (***) cobertura, y cubre a las personas durante la vigencia de la póliza, pero no precisa el nombre de ***, de quien se afirma sufrió la incapacidad.-

Ahora, también consta en el endoso ya referido ***, como número de un asegurado el ***, por lo que debe determinarse, según el dicho de ambas partes, si este endoso corresponde a *** o no.-

Como el endoso *** no señala el nombre de ***, este no puede demostrar que esté dentro de ésta cobertura, como tampoco la lista que obra a fojas 41 respecto a la relación de asegurados, pues solo contiene un enlistado de los asegurados, pero, sin que exista un dato que relacione los nombres al endoso que se menciona, ni que las

siglas *** del seguro sean las aplicables a dicho asegurado.-

De la lista de trabajadores asegurados que exhibió la demandada, foja 178 a 225, tampoco se hace referencia a las siglas ***.-

Por lo anterior, ninguna de las listas de trabajadores asegurados que presentan las dos partes, no demuestra el alcance *** o ***.-

Ahora bien, ***, según la carta que obra a fojas 277 de los autos, significa el pacto respecto a la Cobertura del Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente Pago Adicional de la Suma Asegurada.-

En razón de lo anterior, como en este caso consta en el endoso que exhibió la actora, en que sustenta su reclamación, que tiene la clausula con iniciales ***, pero niega la parte demandada que ésta le sea aplicable, sino otro, resulta que introduce una nueva afirmación: en el sentido que corresponde realmente a la actora otro endoso bajo las citadas siglas ***, que corresponde a la que se denomina Cobertura del Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente Pago Adicional de la Suma Asegurada, así, conforme a los artículos 1194 y 1195 del Código de Comercio debe probar la nueva afirmación.-

Para probar su dicho ***, desahogó la prueba confesional del representante de la representante la parte actora, que ya se transcribió en líneas que anteceden, en la que no consta una sola pregunta o respuesta que tenga relación al hecho de que el endoso para el trabajador *** sea el que afirma la aseguradora ***, y no *** que consta en el endoso que acompañó la actora a su demanda, foja 42.-

Cuarta.- Sostiene la aseguradora que no procede el cobro de la indemnización, porque se pactó clausula de exclusión, que es aplicable.-

Asevera la parte demandada, que *** se encontraba en proceso de diversas incapacidades temporales desde el año 2010, a raíz de un accidente automovilístico, que genera la clausula de exclusión de pago, conforme a lo pactado.-

Conforme al artículo 78 del Código de Comercio, en las convenciones mercantiles cada uno se obliga en la forma y términos que aparezca que quiso obligarse, por lo que si en el endoso número *** consta que la indemnización sería por Invalidez Total y Permanente, sin que en ella haya una clausula de exclusión, ni la parte demandada demostró que existe otro endoso o se modificó éste por acuerdo posterior, basta que exista el hecho que se considera el siniestro, que es la Invalidez Total y Permanente de *** para que se indemnice.-

Ahora bien, como se dijo, sí existió el siniestro y su comunicación a la aseguradora, y ahora procede determinar si la invalidez es de las que se considera total y permanente.-

A foja 43 obra la resolución que emite el Instituto Mexicano del Seguro Social de Pensión de Invalidez Definitiva que emitió a favor de ***, la cual es un documento público con valor probatorio pleno conforme a lo que prevé el artículo 1292 del Código de Comercio, que demuestra que se determinó la invalidez el día ocho de marzo del año dos mil diecinueve, que era anteriormente temporal y paso definitivo, con un porcentaje de invalidez del 52 por ciento.-

Ahora, en la clausula de la Invalidez Total y Permanente antes transcrita, se definió la invalidez, la imposibilidad de procurarse mediante

su trabajo habitual una remuneración superior al 50 por ciento de la comprobable a sus aptitudes.-

Ahora, a foja 167, en las clausulas de Primas de Invalidez Total y Permanente, se fijaron las bases para considerarla, en lo siguiente:

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a "La Institución", además de lo establecido en la clausula de comprobación del estado de invalidez, el diagnostico de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismo que serán evaluados por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo, que la Compañía indique en el momento que el Asegurado le haga reclamación de Invalidez.-

Según la clausula, el asegurado debió presentar la comprobación del estado de invalidez mediante diagnostico avalado por una Institución, que en este caso aplica para el Instituto Mexicano del Seguro Social, que incluso aceptó se entregó, ya que rechazó el pago por esa causa en su carta de primero de octubre del año dos mil diecinueve, foja 45, además de que no hizo uso de su facultad de la citada clausula de realizar otros exámenes para que se avale por un médico especialista, que implica que aceptó el dictamen del IMSS.-

Precisado lo anterior, se analiza qué clausula de exclusión se asentó en el documento de la foja 166 a la 168, que es la siguiente:

H) Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales, aquella cuya existencia se hubiere declarado previamente a la celebración del contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de diagnóstico; así como aquellos padecimientos

respecto de los que se compruebe que el asegurado efectuó gastos para recibir tratamiento médico.-

Como se dijo, se diagnóstico por el IMSS la incapacidad el día ocho de marzo del año dos mil diecinueve, en tanto que la póliza del seguro inició su vigencia el veintiocho de marzo del año dos mil diecinueve, foja 39, al igual que el endoso que tiene la misma fecha, foja 42.-

En la resolución de Pensión que emite el Instituto Mexicano del Seguro Social se expresa que la incapacidad definitiva es a partir del ocho de marzo del año dos mil diecinueve, que incluso es la fecha en que se determinó, lo que aclara el artículo 125 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, que prevé:

Artículo 125.- *El derecho a la pensión de invalidez comenzará desde el día en que se produzca el siniestro y si no puede fijarse el día, desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla.*

Luego, como el siniestro es anterior a la fecha en que se determina la invalidez, se debe entender que como no se precisa en el documento ya referido del IMSS, la fecha en que se presentó la enfermedad o accidente que llevó a esa invalidez, conforme al artículo 1306 del Código de Comercio, existe una presunción humana con valor probatorio pleno, en el sentido de que fue anterior al día en que se determinó la invalidez.-

Ahora bien, si solo se afirmó y probó que la póliza de seguro y el endoso *** iniciaron su vigencia el veintiocho de marzo del año dos mil diecinueve, en tanto que la enfermedad y su incapacidad ya existía desde el ocho de marzo de ese mismo año, lo que permite concluir que para el momento en que se contrató la póliza a favor de ***, este ya contaba con la enfermedad que lo incapacitó y a que refiere la cláusula de

exclusión para el pago del seguro como enfermedad preexistente por el IMSS.-

En consecuencia se absuelve a ***, de las prestaciones que le son reclamadas.-

Se hace innecesario el estudio de las cuestiones echas valer, pues en nada variarían el sentido de ésta sentencia.-

Por último, conforme al artículo 1084 del Código de Comercio, toda vez que no existe en ninguna de las partes temeridad o mala fe procesal es que no se condena al pago de los gastos y las costas.-

Por lo expuesto y fundado y con apoyo además en lo establecido por los artículos 1077, 1321, 1322, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329 y relativos del Código de Comercio, es de resolverse y se resuelve:

PRIMERO.- Analizadas las cuestiones hechas valer por las dos partes, resulta que ***, no probó su acción, y mientras que ***, probó sus excepciones y defensas.-

SEGUNDO.- En consecuencia, se absuelve a ***, del pago de las prestaciones reclamadas en este juicio.-

TERCERO.- No se hace condena al pago de los gastos y costas.-

CUARTO.- NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.-

QUINTO.- Cúmplase con lo que prevé el artículo 1390 Bis 39 del Código de Comercio.-

SEXTO.- En términos de lo previsto por el artículo 73 Fracción II, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día trece de agosto del año dos mil veinte, se ordena se proceda a la elaboración y publicación de la versión pública de la presente sentencia siguiendo lo establecido en los lineamientos para la

Elaboración de Versiones Públicas de Sentencias y Resoluciones dictadas por los Juzgados y Salas del Poder Judicial del Estado de Aguascalientes.-

A S I, lo resolvió y firma el **LICENCIADO HUGO BERNARDO MÁRQUEZ ELÍAS, JUEZ QUINTO DE LO MERCANTIL, ESPECIALIZADO EN ORALIDAD,** ante su Secretario de Acuerdos Licenciado OSCAR REYES LEOS.-
Doy Fe.-

FIRMA DEL JUEZ

FIRMA DEL SECRETARIO

Se publica en cuatro de octubre del año del año dos mil veintiuno.- Conste.-

Juez/ari

El licenciado Óscar Reyes Leos, Secretario de acuerdos del Juzgado Quinto Mercantil especializado en oralidad del Estado, hago constar y certifico que este documento corresponde a una versión pública de la sentencia dictada en fecha uno de octubre del dos mil veintiuno, por el Juez Quinto de lo Mercantil especializado en oralidad con sede en esta Ciudad, la cual consta de nueve fojas útiles. Versión pública elaborada de conformidad a lo previsto por los artículos 3 fracciones XII y XXV; 69 y 70 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Aguascalientes y sus Municipios, 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como del trigésimo octavo de los Lineamientos

Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la elaboración de las Versiones Públicas, se suprimió: el nombre de las partes, el de sus representantes legales, sus domicilios y demás datos generales, información que se considera legalmente como confidencial o reservada por actualizarse lo señalado en los supuestos normativos en cita. Conste.