

SENTENCIA

Aguascalientes, Aguascalientes, **a cinco de Marzo de dos mil veintiuno.**

V I S T O S, para resolver los autos del expediente número **205/2020** que en la vía **ORAL MERCANTIL** promueve ********* en contra de *********, y, siendo su estado el de dictar **Sentencia Definitiva**, se procede a dictarla bajo los siguientes:

CONSIDERANDOS:

I.- Reza el artículo **1324** del Código de Comercio que: *"Toda sentencia debe ser fundada en ley, y si ni por el sentido natural ni por el espíritu de ésta se puede decidir la controversia, se atenderá a los principios generales del derecho, tomando en consideración todas las circunstancias del caso"*.

II.- La suscrita Juez es competente para conocer el presente juicio atento a lo dispuesto por el artículo **1104 fracción II** del Código de Comercio, el cual dispone que será competente para conocer del juicio el del lugar designado en el contrato para el cumplimiento de la obligación.- En el presente caso, según se desprende de autos que se estableció como lugar de pago esta ciudad de Aguascalientes, de donde deriva la competencia de esta autoridad.

III.- La parte actora ********* comparece a demandar a ********* por el pago y cumplimiento de las siguientes prestaciones:

"1.- Por el **REEMBOLSO DE** la cantidad de **\$300,231.70 (TRESCIENTOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 70/100 M.N.)** erogados por la enfermedad de mi difunto marido *********, asegurado con la demandada por medio de la empresa *********, bajo la póliza, *********, de la cual soy apoderada, cuyas facturas electrónicas se adjuntan a la presente como **ANEXO 8 al 34.**

Dicha cantidad deberá ser convertida a Unidades de Inversión a la **fecha de su exigibilidad legal**, en términos de lo que dispone el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La disposición anterior es obligatoria con independencia a que conste o no en la Póliza de Seguro base de la acción que se ejercita, conforme lo dispone la fracción I del mencionado artículo 1º de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas que a la letra señalan:

...

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

II. Para que por sentencia se declare la validez y vigencia de la Póliza Plan de Salud Individual número ***** expedida por la ***** documental que adjunto a la presente demanda como **ANEXO 5**, con la separación de dicha Póliza del fallecido *** ****, reembolsando el importe proporcional de la Prima de Seguro debidamente pagada por la suscrita y/o mi representada, como se desprende de los recibos que en ORIGINAL adjunto a la presente como **ANEXO 6 y 7**.

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

III. Por el monto de los INTERESES MORATORIOS, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en estricta relación con el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

IV.- Por los gastos y costas que se deriven del presente juicio." (Transcripción literal visible a fojas de la dos a la cuatro de los autos).

IV.- La parte actora ***** basó sus pretensiones en que:

1.- Con fecha 14 de mayo del 2016, la empresa ***** , celebró con la reclamada ***** , contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL NÚMERO ***** , con vigencia desde esa fecha y hasta el 14 de mayo del 2017, que adjunto a la presente como **ANEXO 5.**

2.- En dicha póliza de Seguro se incluyó como asegurado el C. ***** , desde **el 14 de marzo de 1994** y SUMA ASEGURADORA SIN LIMITE, como se desprende de la documental que se adjunta como **ANEXO 5.** por lo que fueron cubiertas más de tres primas anuales por lo que la aseguradora solamente tiene derecho a reducirlo y no a cesar sus efectos, lo anterior en términos de los que dispone el artículo 192 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dispone:

...

Cabe aclarar que dicho artículo se encuentra inserto en el TÍTULO III Disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por ende, constituye regla especial con relación a la general señalada por el artículo 40 del mismo ordenamiento Legal que se encuentra incluido en el TÍTULO I Disposiciones Generales y que a la letra señala:

...

Por tal motivo la Póliza de Seguro base de la acción se encuentra en pleno vigor y efecto, debiendo reducirse y reembolsar a mi representada la parte proporcional de la Prima cuyos recibos se adjunta a la presente como **ANEXO 6 y 7,** por el fallecimiento del C. ***** , cuya acta de defunción se adjunta como **ANEXO 3.**

3.- Con fecha 10 de noviembre del 2016, mi esposo el C. ***** , presentó dolor de abdomen y fue ingresado en el nosocomio ***** , con domicilio en ***** , pero a pesar de los esfuerzos realizados falleció con fecha 18 de

diciembre del 2016, como se desprende del ACTA DE DEFUNCIÓN que se adjunta a la presente como **ANEXO 3**.

4.- Por motivo de la enfermedad antes señalada, el finado *****, incurrió en gastos por la cantidad de **\$300,231.70 (TRESCIENTOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 70/100 M.N.)**, como se desprende de las facturas que se adjuntan a la presente demanda, las cuales fueron cubierta por la empresa contratante del Seguro es decir mi representada *****, que adjunto como **ANEXOS 8 al 34** y que se detallan en el siguiente cuadro:

Fecha	Concepto	Monto	Factura	Anexo
30/11/2016	Cirugía Médica	\$20,000.00	*****	8
05/11/2016	Panendoscopia	\$2,500.00	*****	9
30/11/2016	Medicamentos	\$117.01	*****	10
08/12/2016	Medicamentos	\$367.60	*****	11
25/11/2016	Medicamentos	\$594.72	*****	12
23/10/2016	Medicamentos	\$252.46	*****	13
08/11/2016	Medicamentos	\$766.88	*****	14
20/11/2016	Medicamentos	\$819.32	*****	15
20/11/2016	Medicamentos	\$269.96	*****	16
02/11/2016	Medicamentos	\$467.49	*****	17
21/11/2016	Medicamentos	\$960.22	*****	18
05/11/2016	Medicamentos	\$171.00	*****	19
24/11/2016	Honorarios Médicos	\$20,000.00	*****	20
03/12/2016	Honorarios Médicos	\$5,000.00	*****	21
30/11/2016	Instrumentación quirúrgica	\$2,000.00	*****	22
24/11/2016	Honorarios Médicos	\$3,000.00	*****	23
24/11/2016	Análisis Clínicos	\$2,400.00	*****	24
01/11/2016	Análisis Clínicos	\$1,390.02	*****	25
10/11/2016	Honorarios Médicos	\$500.00	*****	26
05/12/2016	Instrumentación Quirúrgica	\$553.44	*****	27
15/10/2016	Análisis Clínicos	\$1,000.00	*****	28
15/11/2016	Atención Médica	\$600.00	*****	29
30/11/2016	Atención Médica	\$600.00	*****	30
15/12/2016	Cirugía Médica	\$20,000.00	*****	31
20/12/2016	Gastos funerarios	\$23,690.00	*****	32
18/11/2016	Hospital	\$132,000.19	*****	33
20/11/2016	Hospital	\$60,712.38	*****	34
TOTAL		\$300,231.70		

5.- La aseguradora demandada rechazó el pago del siniestro referido en los hechos anteriores argumentando **OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES**, aspecto que

en este juicio deberá acreditar, de conformidad con lo que el artículo 1194 del Código de Comercio.

6.- Con fecha 30 de marzo del 2017, mi representada y la suscrita presentamos reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), como lo acredito con copia de dicha reclamación que adjunto a la presente como **ANEXO35.**

7.- Con fecha 21 de agosto del 2017 se celebró ante la CONDUSEF audiencia conciliatoria y se dejaron a salvo los derechos de las partes para hacerlos valer en el presente Juicio que se adjunta como **ANEXO 36.**" (Transcripción literal visible a fojas cuatro y cinco de los autos).

La parte demandada al dar contestación a la demanda interpuesta en su contra aseveró que:

"PRIMERO.- *Por falso, obscuro y por la forma en que se encuentra redactado se niega el hecho primero de la demanda que se contesta, ya que es falso que el 14 de mayo de 2016, la actora hubiera contratado con mi representada un seguro de salud, ya que lo cierto es, que el 14 de mayo de 2015, *****, a través de su administrador único, Señora *****, celebró con mi representada, un contrato de seguro de salud, lo que se acredita con la **solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015**, suscrita por la actora y por el C. *****, documental que se acompaña al presente escrito, por lo que en consecuencia de ello, mi representada emitió **la primera póliza de salud individual *****, certificado ***** con vigencia del 14 de mayo de 2015 al 14 de mayo de 2016**, en la que quedó asegurado el señor *****, documental que se acompaña al presente escrito; siendo que dicha póliza fue renovada por la parte actora, motivo por el cual, mi representada emitió **la segunda póliza de salud individual *****, certificado ***** con vigencia del 14 de mayo de 2016 al 14 de mayo de 2017**, la cual se encontraba regida por el contrato de seguro denominado **Condiciones Generales Salud Óptima***

Individual, mismas que cuentan con el registro número ***** de fecha 13 de octubre de 2015.

En virtud de lo anterior, se acompaña a este escrito, el original de la póliza de salud individual *****, certificado ***** con vigencia del 14 de mayo de 2016 al 14 de mayo de 2017, así como Condiciones Generales Salud Óptima Individual, con número de registro ***** de fecha 13 de octubre de 2015, por lo cual deberá estarse al contenido de dichos documentos.

SEGUNDO.- Por falso, obscuro y por la forma en que se encuentra redactado, se niega el hecho segundo de la demanda que se contesta, ya que lo cierto es, que el único asegurado dentro de la póliza base de la acción, fue el señor *****, a partir del día 14 de mayo de 2015, al cual se le reconoció una antigüedad a partir del 14 de marzo de 1994, por lo que deberá estarse al contenido de la póliza de salud individual *****, certificado *****, lo que de ninguna manera implicaría que se hubieran pagado más de tres anualidades de la prima de seguro, lo que se niega por falso, además de no estar acreditado en autos.

Debe señalarse que el reconocimiento de antigüedad previsto por el contrato de seguro, únicamente tiene como finalidad reducir o eliminar los periodos de espera previstos por dicho contrato, por lo que el hecho de que se le hubiera reconocido al C. ***** una antigüedad a partir del 14 de marzo de 1994, no implica que desde dicha fecha hubiera existido una relación contractual con mi representada, la cual, conforme fue explicado en la contestación del hecho PRIMERO de este escrito, inició a partir del 14 de mayo de 2015, siendo que dicha relación contractual únicamente duró aproximadamente 18 meses, en virtud de que el 25 de noviembre de 2016, la póliza y contrato de salud base de la acción fueron rescindidos, al haberse incurrido en omisiones e inexactas declaraciones al momento de la celebración de dicho contrato, lo que será explicado más adelante, por lo que en

relación al reconocimiento de antigüedad del contrato de seguro establece lo siguiente:

...

Considerando lo anterior, es falso que la actora hubiera cubierto más de tres anualidades de la prima de seguro cuando la relación contractual entre la parte actora y mi mandante únicamente subsistió aproximadamente 18 meses, habiendo cubierto únicamente de la vigencia del 14 de mayo de 2015 al 14 de mayo de 2016, en dos pagos semestrales, y de la segunda vigencia del 14 de mayo de 2016 al 14 de mayo de 2017, misma que no llegó a su conclusión, por haberse rescindido el 25 de noviembre del 2016, el contrato de seguro y de la póliza *****, máxime que la parte actora se abstuvo de acreditar los pagos de prima de seguro supuestamente realizados, por más de tres anualidades, debiendo tenerse por perdido su derecho de exhibir cualquier documento relacionado con tales afirmaciones de acuerdo al artículo 1061 del Código de Comercio, que obliga a la parte actora de exhibir con su demanda todos los documentos en los que funde su acción.

Luego entonces, el artículo 192 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, que pretende invocar la parte actora, es inaplicable en este juicio, porque la actora no realizó pagos por concepto de primas de seguro a mi representada, por más de tres anualidades, sin que tampoco sea aplicable el artículo 40 de dicho ordenamiento, ya que la póliza base de la acción no quedó cancelada por falta de pago, como lo mi interpreta la contraria, ya que lo cierto es, que la póliza y contrato de seguro fue rescindido de pleno derecho, al haberse incurrido en omisiones e inexactas declaraciones en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015, situación que claramente conocía la actora previamente a la interpretación de la demanda, resultando por tanto falso e incongruente, que la póliza base de la acción se encuentre en vigor, siendo improcedente la reducción y reembolso que refiere la actora en

el hecho que se contesta, ante la inaplicabilidad de los artículos antes señalados, ya que mi representada no manifestó la falta de pago por concepto de primas de seguro, por lo cual deberá estarse a la contestación del hecho QUINTO como si a la letra se insertase por economía procesal.

TERCERO.- Por no ser propio de mi mandante, ni se afirma ni se niega el hecho tercero de la demanda que se contesta. No obstante lo anterior, deberá estarse a la contestación del hecho QUINTO de la demanda, como si a la letra se insertasen por economía procesal.

CUARTO. Por falso, obscuro y por la forma en que se encuentra redactado se niega el hecho cuarto de la demanda que se contesta, ya que es falso, que la totalidad de las facturas señaladas por la actora, hubieran sido cubiertas por *****, porque conforme se desprende de las facturas con números *****, las mismas fueron expedidas a nombre de *****, y no a nombre de la actora, por lo cual resulta contrario a derecho que la actora pretenda demandar su cobro, cuando carecería de legitimación activa en la causa para tal efecto de la titularidad del derecho sustantivo de cobro respecto de dichas facturas, ya que no consta en autos, que esas facturas hubieran sido cubiertas por *****, por lo que las prestaciones reclamadas resultan improcedentes. Es aplicable la siguiente Jurisprudencia:

...

No obstante lo anterior, deberá estarse a la contestación del hecho QUINTO como si a la letra se insertase por economía procesal, ya que independientemente de lo anterior las facturas mencionadas por la actora en el hecho que se contesta, no se ajustan a lo previsto por el contrato de seguro.

QUINTO.- Por la forma en que se encuentra redactado, se niega el hecho quinto de la demanda que se contesta, ya que dichas omisiones e inexactas declaraciones no solo constituyen un argumento, sino que ellas se encuentran acreditadas, conforme será expuesto a continuación, siendo

cierto que mi representada negó el pago del siniestro del Señor ******, al haber incurrido en omisiones e inexactas declaraciones en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015, motivo por el cual, mi representada emitió el **rechazo de pago de hospitalización de fecha 11 de noviembre de 2016**, documental que se acompaña al presente escrito, derivado del **aviso de Accidente o Enfermedad suscrito por la parte actora** que se acompaña a este escrito y a la información médica proporcionada misma que en líneas posteriores será detallada.

Lo anterior es así, porque la parte actora y el entonces asegurado ******, omitieron declarar en la solicitud de seguro, el antecedente médico denominado **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA** que el entonces asegurado padecía desde los 40 años y 6 meses de edad, es decir aproximadamente desde el mes de octubre del año 1997, incurriendo con ello en omisiones e inexactas declaraciones.

Ahora bien, para el mejor entendimiento del antecedente de salud omitido por la contraria y tener en claro en qué las omisiones e inexactas declaraciones en que incurrió, se manifiesta que **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA** se pueden explicar de la siguiente forma:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA

Página de internet

<https://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>

Hipertensión Arterial Sistemática (HAS)

La hipertensión arterial sistémica, **(definida como la elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica)** es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo, y su importancia clínica es que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular. 1 El diagnóstico se establece con la medición de tensión arterial. 2 Debido a que la forma

más frecuente de HAS es la hipertensión esencial, esta revisión se centrará en esta forma de hipertensión.

Página de internet: <https://www.uv.mx/cusrs/general-sesion-clinica-hipertension-arterial-sistematica/>

DEFINICIÓN: La **Hipertensión Arterial Sistémica**, es un padecimiento multifactorial que se caracteriza por **el aumento sostenido de la presión arterial** sistólica, diastólica o ambas igual o por arriba de 140/90 milímetros de mercurio.

La hipertensión está relacionada con **estilos de vida no saludables:**

- *Tabaquismo
- *Consumo excesivo de bebidas alcohólicas y sodio
- *Otros determinantes como: susceptibilidad genética, estrés psicosocial, hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física.

Para tal fin el **27 de noviembre** se llevó a cabo una sesión clínica sobre este tema, en la que se enfatizó que la hipertensión arterial sistémica puede ser prevenida o bien retardar su aparición al incidir en los factores modificables de las personas, tales como:

- *Control de peso
- *Actividad física regular
- *Reducción de consumo de alcohol y de sal en la dieta,
- *No fumar
- *Tener una dieta equilibrada
- *Consumir alimentos que contengan potasio.

NOTA: DE LAS PÁGINAS DE INTERNET ANTERIORMENTE SEÑALADAS, SE ACOMPAÑAN UNA IMPRESIÓN DE LAS MISMAS CON EL PRESENTE ESCRITO.

Una vez explicado el antecedente de salud del señor ***** , el mismo no fue declarado en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015, ya que del apartado

denominado "9. CUESTIONARIO MÉDICO" de dicha solicitud de seguro, indebidamente se declaró lo siguiente:

9. CUESTIONARIO MÉDICO
...
"indique en el espacio correspondiente si alguno(s) de los Solicitantes por asegurar padece o ha padecido de:
...
"1. Enfermedades de corazón o presión alta (infarto aneurisma, angina de pecho, arteriosclerosis entre otras) R : NO
13. Alguna enfermedad o accidente no especificado en este cuestionario médico. (*) R: NO
...
EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, ESPECIFIQUE DICHA ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN LA SECCIÓN NÚMERO 10, LLAMADA "PREEXISTENCIA DECLARADA".

Conforme a lo anterior, se observa que la parte actora, primeramente incurrió en omisiones e inexactas declaraciones en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015, al haber omitido declarar su padecimiento de HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA que padecía desde los 40 años y 6 meses de edad (octubre de 1997), porque al contestar la pregunta "1." del cuestionario médico, en la cual se le cuestionó sobre enfermedades de presión alta, la parte actora y el señor *****, lo hicieron de forma negativa, no obstante que dicha pregunta debió ser contestada en sentido afirmativo, porque la misma tenía relación con el padecimiento denominado Hipertensión Arterial Sistémica del entonces asegurado, ya que dicha enfermedad consiste en la elevación de la presión arterial, lo que implica que la parte actora y el señor *****, tenían la obligación de declarar en la pregunta "1.", del cuestionario médico, el padecimiento de HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, y pese a dicha obligación, decidieron deliberadamente ocultar a la

aseguradora la existencia de dicho padecimiento, incurriendo así, en omisiones e inexactas declaraciones al momento de solicitar el seguro con mi representada.

Aunado a lo anterior, la parte actora, también tenía la obligación de declarar el padecimiento del señor *****, denominado HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA que padecía desde los 40 años y 6 meses de edad (octubre de 1997), al dar contestación a la pregunta "13." del cuestionario médico, debiéndola de haber contestado en sentido afirmativo, lo cual NO sucedió, ya que esta pregunta también fue contestada por la actora y por *****, en sentido negativo, no obstante que en la misma se le cuestionó, si la persona ha asegurado padece o ha padecido de alguna enfermedad no especificada en el cuestionario médico, lo que deja de manifiesto, que la actora y ***** incumplieron con su obligación de declarar los verdaderos antecedentes médicos de este último, lo que consecuentemente derivó en omisiones e inexactas declaraciones en la solicitud de seguro de 14 de mayo de 2015, al no declarar todos los hechos importantes que pudieran influir en las condiciones convenidas, engañando así a la aseguradora al contratar sobre declaraciones inexactas y erróneas, por lo que al haber contestado en sentido negativo las preguntas 1 y 13 del cuestionario médico, la parte actora se abstuvo injustificadamente de declarar en el apartado denominado "10. PREEXISTENCIA DECLARADA", contenido en la misma solicitud de seguro-, el nombre de la enfermedad, la fecha de la misma, fechas de recaídas, revisiones y los tratamientos que se guía el Señor *****, para el control de hipertensión arterial sistémica, ya que lo único que fue asentado en el apartado de preexistencia declarada, fue lo relacionado con el C. *****, persona que también se pretendía asegurar, sin que se dependa de dicho apartado que la actora y/o el *****, hubieran referido el padecimiento de hipertensión arterial sistémica ni su temporalidad de dicho padecimiento, lo que indudablemente también constituyó

omisiones e inexactas declaraciones por parte de la actora y de
*****, incumpliendo con sus obligaciones legales
contenidas en los artículos 8°, 9° y 10° de la Ley Sobre el
Contrato de Seguro, los cuales establecen lo siguiente:

...
De igual forma, la parte actora y el entonces
asegurado *****, al haber incurrido en omisiones e
inexactas declaraciones, incumplieron con sus obligaciones
contractuales, establecidas en el contrato de seguro
denominado Condiciones Generales Salud Optima Individual, el
cual establece que es obligación de los asegurados y de los
contratantes, declarar a la aseguradora todos los hechos
importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir
en las condiciones convenidas tal como los conozca o deba
conocer en el momento de la celebración del contrato, de
acuerdo con las solicitudes y exámenes médicos, siendo que
para tal efecto el contrato de seguro expresamente establece
lo siguiente:

...
Conforme a lo anterior es importante señalar, que el
padecimiento de **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA** desde
los 40 años y 6 meses de edad ** *****, que fueron
ocultados a mi representada, constan en el **informe médico
de fecha 10 de noviembre de 2016**, suscrito y firmado por
el médico tratante del actor, Dr. *****, así como el
paciente *****, documental que se acompaña al presente
escrito, ya que en dicho informe se estableció como
antecedente personal patológico de dicho paciente, el
denominado **"Hipertensión Arterial Sistémica de de los 40
años con 6 meses (octubre de 1997)"**, resaltándose que
**el informe médico al haber sido firmado por el señor
*****, consintió la información contenida en el
mismo**, con la cual queda acreditada la existencia y
temporalidad del antecedente médico no declarado en la

solicitud de seguro, incurriendo en omisiones e inexactas declaraciones.

Asimismo, el antecedente médico que fue ocultado a mi mandante también consta en el **informe médico de fecha 12 de noviembre de 2016**, suscrito por el Dr. *****, el cual también fue firmado por *****, documental que se acompaña a este escrito, estableciéndose en dicho informe médico, el antecedente personal patológico denominado "**Hipertensión Arterial Sistémica desde octubre de 1997**", por lo que el paciente al haber firmado el informe médico, nuevamente consistió la información que su médico tratante estableció en relación a sus antecedentes personales, por lo que con ello queda acreditada la existencia y temporalidad del padecimiento que le fue ocultado a mi mandante, luego entonces, es evidente que la parte actora tenía la obligación de declararlo en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015 y al no haberlo hecho incurrió en omisiones e inexactas declaraciones.

A mayor abundamiento debe señalarse, que el padecimiento de Hipertensión Arterial Sistémica del entonces asegurado *****, no solo consta en los informes médicos señalados, sino también en diversas constancias médicas contenidas en el expediente clínico que fue abierto en el hospital ***** por la atención médica de dicho paciente, lo cual se acredita con la **fe de hechos contenida en el acta número ***** de fecha 07 de diciembre de 2016**, pasada ante la fe del Corredor Público número 2 del Estado de Aguascalientes, documental que se acompaña al presente escrito, desprendiéndose de dicho expediente clínico, la historia clínica de fecha 10 de noviembre de 2016, en la que se estableció el antecedente médico denominado "Hipertensión Arterial desde hace dieciocho años tratado con Lisinopril."; la historia nutricional de fecha 10 de noviembre de 2016, en la que fue establecido el antecedente de "HTA" que corresponde a la Hipertensión Arterial; en la nota de ingreso de fecha 10 de

noviembre de 2016, en el apartado de **"ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO ACTUAL"** se estableció el antecedente denominado **"HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE HACE 18 AÑOS, TRATADA CON LISINOPRIL"**; asimismo en la nota de evolución consta, el 10 de noviembre de 2016 el doctor *****, estableció, que el paciente se trataba de un varón de 60 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, por lo que debe resaltar que dicho médico es el mismo que suscribió los informes médicos de fechas 10 y 12 de noviembre de 2016, en los que también hizo contar el antecedente de salud omitido a mi representada; además que en el expediente clínico también consta, que los médicos tratantes del señor *****, establecieron que el mismo contaba con **"HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LARGA EVOLUCIÓN CONTROLADA CON LISINOPRIL"**, siendo que en la hoja preanestésica de fecha 14 de noviembre de 2016, en el espacio correspondiente a TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y TX, fue asentado el padecimiento de Hipertensión con referencia de "+22 años; siendo además, que en nota de evolución de fecha 18 de noviembre de 2016 se estableció lo siguiente:

"ENTERADOS DE LA EVOLUCIÓN Y REINTERROGANDO AL SR. *** EN RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, ME PERMITO HACER LAS SIGUIENTES ACLARACIONES: INFORMA EL SR. ***** QUE HACE 18 AÑOS LE DIAGNOSTICARON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y DESDE ENTONCES EN FORMA OCASIONAL TOMA LISINOPRIL (AUTOMEDICADO) Y SOLO LO TOMA CUAL SIEMPRE SIENTE QUE "TIENE LA PRESIÓN ALTA"...."**

Conforme a lo anterior, queda demostrada la existencia y temporalidad del padecimiento que fue ocultado a mi mandante y que NO se declaró en la solicitud de seguro de fecha 14 de mayo de 2015, no obstante que dicho padecimiento es anterior al contrato de seguro celebrado con

mi mandante, incurriendo en omisiones inexactas declaraciones, ya que dicho padecimiento reporta una temporalidad desde el mes de octubre de 1997 y/o 18 años de evolución aproximadamente, conforme consta en las constancias médicas antes señaladas, mientras que la solicitud de seguro y vigencia de la póliza de seguro base de la acción inició el 14 de mayo de 2015, concluyendo indudablemente, que dicho padecimiento es anterior a dicho contrato de seguro y vigencia de la póliza, luego entonces, la parte actora y el señor **** **, tenían la obligación de declararlos en la solicitud de seguro y al no haberlo hecho, incurrieron en omisiones e inexactas declaraciones.

Lo anterior tiene especial relevancia, porque el acta notarial mencionada refiere los asientos médicos y antecedentes de salud del paciente *****, por lo que dicha información al provenir de los médicos tratantes del paciente y del personal de salud del hospital antes señalado, así como del propio paciente, da certeza clínica y jurídica respecto de su contenido, siendo que por tal motivo y por su importancia, los expedientes clínicos se encuentran regulados expresamente por la **NORMA OFICIAL MEXICANA (NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico)**, la cual constituye un hecho notorio por haberse publicado en el Diario Oficial de la Federación, pero no obstante ello se exhibe una copia simple de dicha Norma Oficial, estableciendo dicha norma, los criterios obligatorios en la elaboración, integración y uso del expediente clínico, según se observa del apartado 1. de la misma; definiendo el apartado 4.4 que el expediente clínico es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual consta de documentos escritos, gráficos, e imagenológicos, en los cuales deberán hacerse los registros, anotaciones y certificaciones por el personal de salud sobre el paciente, de acuerdo a su intervención en la atención médica, de los que se desprende que el expediente clínico es un documento médico-legal con validez jurídica respecto de la

información médica y de salud de una persona, por lo que acredita que la existencia y temporalidad del padecimiento que fue omitido a mi representada en la solicitud de seguro, demostrándose las omisiones e inexactas declaraciones en que incurrió la parte actora.

No deberá soslayar Su Señoría, que la parte actora en ninguna parte de su demanda negó la existencia y temporalidad del padecimiento omitido y no declarado, lo que implica el reconocimiento del mismo, lo cual también deberá ser considerado en el dictado de la sentencia que resuelva el presente asunto.

En virtud de lo expuesto, la parte actora incurrió en omisiones e inexactas declaraciones al contratar el seguro, quedando demostrado que el antecedente de salud del señor *****, denominada HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA desde los 40 años y 6 meses de edad (octubre de 1997), es anterior a la solicitud del seguro de fecha 14 de mayo de 2015, y que pese a ello la parte actora injustificadamente se abstuvo de declararlo en dicha solicitud, no obstante que la propia solicitud de referencia, antes de las firmas del solicitante y del contratante, se establecen las siguientes leyendas que la parte actora conocían previamente a su reclamación:

...

En virtud de lo anterior, queda demostrado que la parte actora y el señor *****, incumplieron con sus obligaciones legales y contractuales, ello de acuerdo a los dispuesto por los artículos 8º, 9º 10º de la Ley Sobre Contrato de Seguro los cuales obligan a los contratantes de un seguro y a los asegurados, 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, cobrando en consecuencia aplicación lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual establece lo siguiente:

...

Por los motivos y disposiciones legales antes indicados, mi mandante actuando apegada a derecho, 11 de noviembre de 2016, emitió el rechazo de de hospitalización, en virtud de los antecedentes de salud encontrados en la información médica del entonces asegurado, ya que como anteriormente se dijo, se ocultó su padecimiento denominado **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA** desde los 40 años y 6 meses de edad (octubre de 1997), siendo que por tal razón mi representada se ha negado a cubrir las cantidades que la ahora indebidamente pretende obtener, ya que la misma incurrió en irregularidades de carácter jurídico en la contratación de la póliza de seguro al incurrir en omisiones e inexactas declaraciones en la solicitud de seguro de salud de fecha 14 de mayo de 2015, ocultando los verdaderos antecedentes de salud de *****, cobrando aplicación los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, **ya que la ley considera que es a través de las declaraciones de salud de un asegurado, como la empresa aseguradora puede evaluar el riesgo real que corre el emitir una póliza de seguro, y precisamente ante la omisión o inexacta declaración de esos antecedentes, el consentimiento de la empresa aseguradora se ve viciado porque contrata sobre información parcial y errónea que le oculta el asegurado, porque el asegurado quien conoce sus antecedentes de salud, y los hechos importantes para la apreciación del riesgo,** siendo que por tal motivo, la parte actora debió de declarar en la solicitud de seguro todos y cada uno de los antecedentes de salud del entonces asegurado y al no haberlo hecho incurrió en omisiones e inexactas declaraciones.

En consecuencia, y de acuerdo a lo previsto por el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mi mandante procedió a notificar la rescisión del contrato y póliza de seguro número *****, mediante carta de fecha 17 de

noviembre de 2016, misma que fue notificada el 25 de noviembre de 2016, lo cual se acredita con el acta de **notificación número ***** pasada ante la fe del Corredor Público 2 del Estado de Aguascalientes**, documental que en original se acompaña al presente escrito, de la que se desprende, que dicho Corredor Público se constituyó en el domicilio del entonces asegurado *****, ubicado en ***** entendiendo la diligencia de notificación con el hijo del Señor *****, quien se identificó con la licencia para conducir número *****, siendo que el acta de notificación en la que consta la rescisión del contrato de seguro, es una documental pública que tiene pleno valor probatorio, en la que consta que el fedatario público efectivamente se constituyó en el domicilio del entonces asegurado notificándolo la rescisión de la póliza y contrato de seguro, lo que es del conocimiento de la actora ante CONDUSEF, documental que obra agregada en autos por haberse acompañado a la demanda y que por tanto prueba en contra de la actora en términos del artículo 1298 del Código de Comercio, manifestó que "Con fecha 25 de noviembre de 2016 la aseguradora, por conducto de la Corredora Pública número 2 Licenciada ***** presentó a mi representada Carta de Rescisión de la Póliza de Seguro base de la acción...", lo que demuestra el reconocimiento que realizó la parte actora de la notificación antes señalada, misma que se encuentra surtiendo plenamente sus efectos jurídicos; la cual fue realizada de acuerdo a lo establecido por el **artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que expresamente determina la procedencia de la rescisión del contrato ante la omisión e inexacta declaración en el cuestionario a la solicitud en el cuestionario relativo a la solicitud de seguro, señalado incluso que esa rescisión procede aún cuando los hechos no hayan influido en la realización del siniestro, siendo estas disposiciones legales imperativas por así**

establecerlo expresamente el artículo 204 de la misma ley. En este sentido resulta aplicable la siguiente tesis:

...

No debe soslayarse, que la rescisión que establece el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, opera de pleno derecho, siendo inadmisibles pretender, como lo hace la parte actora, que no habiéndose cumplido con las obligaciones relativas de declarar con veracidad los hechos anteriores a la contratación del seguro, se pretende un pago derivado del contrato de seguro y el cumplimiento de diversas prestaciones, cuando **esto es contrario a la disposición expresa del artículo 1949 del Código Civil Federal**, que establece que la facultad de resolver las obligaciones, se encuentra implícita en las recíprocas para el caso de que alguno de los obligados no cumple lo que le incumbe, porque se **incurrió en omisiones o inexactas declaraciones en la solicitud del contrato de seguro, según obra demostrado con la misma, resulta contrario a derecho que la contraria pretenda reclamar el pago de cantidades de dinero al no encontrarse satisfecho el requisito de cumplimiento de condición de la acción para demandar y obtener sentencia favorable, consistente en haber cumplido con sus obligaciones de declarar los hechos importantes y exactos en la solicitud de contratación del seguro, respecto sus antecedentes de salud**, por que los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establecen la obligación de declarar los antecedentes de salud reales en la solicitud de contratación de seguro, sancionado con la rescisión del contrato la omisión o inexacta declaración de los antecedentes de salud de quien solicita un seguro.

Es importante mencionar, que mediante la carta de fecha 17 de noviembre de 2017, misma que obra agregada en el acta de notificación antes identificada, también se comunicó, que quedaba a su disposición el cheque por concepto de devolución de prima pagada no devengada, derivado de la

rescisión del contrato y póliza de seguro, motivo por el cual se exhibe el **cheque nominativo a cargo de *****, por la cantidad de \$11,013.86** (ONCE MIL TRECE PESOS 86/100 M.N.), a nombre de *****, que se acompaña al presente escrito, siendo que la parte actora se abstuvo de recoger el mismo.

En virtud de lo anterior y toda vez que el cheque antes mencionado, fue expedido en el mes de noviembre de 2016, mi representada libró nuevo cheque que en este acto se exhibe, **cheque nominativo *****, por la cantidad de \$11,013.86** (ONCE MIL TRECE PESOS 86/100 M.N.), a nombre de *****, a efecto de que el mismo fuera puesto a disposición de la parte actora, por concepto de la prima de seguro pagada y no devengada, derivado de la rescisión de la póliza y contrato de seguro base de la acción, el cual fue exhibido en el diverso juicio entablado en contra de mi representada **que se tramitó ante este mismo juzgado, con el rubro ***** E *****, VS *****, EXPEDIENTE #1262/2019, en el cual se declaró la nulidad de todo lo actuado al quedar acreditado que la firma que calzaba el escrito inicial de demanda, no fue puesta del puño y letra de la parte actora en ese juicio, habiendo causado ejecutoria la interlocutoria de referencia, por auto de 4 de marzo de 2020**, lo que constituye hecho notorio por haberse tramitado dicho juicio ante este mismo juzgado.

Independientemente de los anterior, resulta que la parte actora pretende reclamar el pago de supuestos gastos médicos, no pudiendo quedar sin efectos el aviso de ley consistente en la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro previsto por el artículo 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que le fue notificado al contratante del seguro, **cuando dicho aviso es un acto jurídico que está surtiendo plenamente sus efectos, no habiéndose demandado la nulidad de dicho aviso ni de la rescisión**

del contrato de seguro por parte del contratante del seguro, lo que significa que el mismo consintió la rescisión del contrato de seguro, por lo que al encontrarse firme y no haberse impugnado en la demanda su nulidad, no se encuentra satisfecho el requisito indispensable de cumplimiento de la condición de la acción para que la actora reclame los gastos que pretende ni la condición de la acción para obtener sentencia favorable siendo evidente la falta de cumplimiento de la condición de la acción y la consecuente falta de legitimación activa de la contraria en el presente juicio, razones por las cuales es improcedente la presente demanda.

Es importante mencionar, que ante la rescisión del contrato de seguro y la póliza base de la acción, derivado de las omisiones e inexactas declaraciones en que incurrió la parte actora y el señor *****, el 02 de diciembre de 2016, la actora *****, a través de su representante legal ***** y *****, **presentaron una nueva solicitud de seguro de fecha 01 de diciembre de 2016**, documental que se acompaña al presente escrito, la cual demuestra que la actora aceptó y reconoció que la misma incurrió en omisiones e inexactas declaraciones y que derivado de ello, se procedió la notificación de la rescisión del contrato y póliza de seguro *****, y que por tal motivo presentaron a mi representada una nueva solicitud de seguro intentando volver a asegurar al señor *****, lo cual fue ocultado en la demanda, siendo contrario a derecho que la actora pretenda el pago de cantidades de dinero improcedentes, a sabiendas de que incumplió con sus obligaciones legales y contractuales al haber incurrido en omisiones e inexactas declaraciones, y que por ello fue rescindida la póliza de seguro, por lo que la acción intentada es improcedente.

Independientemente de lo anterior, resulta que las acciones **que pretende ejercer la actora se encuentran**

prescritas, conforme a lo dispuesto por el artículo 81 fracción II de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que establece que prescribirán en dos años todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro, ya que entre el 21 de agosto de 2017, fecha en que tuvo verificativo la audiencia de conciliación celebrada ante CONDUSEF, en la que se dejaron a salvo los derechos de la actora para hacerlos valer ante la autoridad correspondiente, y la fecha de presentación de la presente demanda, transcurrieron más de 2 años, siendo que dicho término legal para interponer demanda ante los tribunales competentes, le venció a la parte actora el día 20 de agosto de 2019, por lo que las acciones que se pretenden ejercitar en la demanda así como las prestaciones reclamadas en ella, se encuentran prescritas por disposición expresa de la ley de la materia, transcribiéndose el artículo antes invocado:

...

Como se observa, por lo que la parte actora tuvo su derecho expedito para demandar el incumplimiento de las obligaciones que pretende, desde la conclusión de la audiencia referida, por lo que desde esa fecha transcurrieron más de dos años sin que la parte actora interpusiera su demanda, por lo que su derecho para hacerlo se encuentra prescrito como se ha dicho, **porque el término de la prescripción habría corrido desde el 21 de agosto de 2017 al 20 de agosto de 2019, sin que para lo anterior, obste la existencia del diverso juicio oral mercantil número 1262/2019 bajo el rubro ***** VS ***** radicado ante este mismo Juzgado Sexto Mercantil del Estado de Aguascalientes, ya que dicho juicio, por sentencia interlocutoria de fecha 4 de diciembre de 2019, dictada en el incidente de Falsificación de Firma, se declaró que la firma que calzaba el escrito inicial de demanda de dicho juicio no correspondía al de la C. *******, y por ende se tuvo por no admitida dicha demanda inicial, por ser nulo todo

lo actuado, conforme se acredita con la copia certificada de la sentencia interlocutoria antes referida y del auto que declaró que la misma causó ejecutoria por ministerio de ley, documental que se acompaña a este escrito.

No obstante lo anterior, y suponiendo sin conceder que la reclamación de pago fuera procedente, -cosa que se niega-, las facturas con las que se pretenden acreditar los gastos médicos, no son procedentes para cuantificar las prestaciones de pago reclamadas, por diversas facturas exhibidas por la contraria fueron expedidas a nombre del una diversa persona ajena al presente juicio, por lo cual la misma carece de derecho para demandar las cantidades de dinero que en ellas se contienen, conforme fue explicado en la contestación al hecho CUARTO de la demanda, el cual deberá tenerse aquí por reproducido como si a la íntera se insertase por economía procesal, ello aunado a que dichas facturas tampoco se ajustan a las disposiciones del contrato de seguro, a la carátula de la póliza de seguro y a los tabuladores que rigen los pagos por siniestros.

Según se observa en el contrato de seguro, denominado *CONDICIONES GENERALES SALUD ÓPTIMA INDIVIDUAL*, existen una serie de cláusulas que determinan que en caso de proceder un pago por parte de la aseguradora, se tienen que aplicar diversos ajustes por concepto de deducibles y coaseguro, ello aunado a los ajustes contenidos en la **Tabla de Honorarios Quirúrgicos**, misma que se acompaña al presente curso, lo que demuestra que no son procedentes las cantidades reclamadas en la demanda.

COASEGURO. Es la cantidad, a cargo del asegurado, resultante de aplicar el porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza al total de los Gastos Médicos Cubiertos después de aplicar el Deducible. El Coaseguro se aplicará para cada reclamación incluyendo gastos complementarios, independientemente de que la primera reclamación haya sido indemnizada vía Pago Directo (Foja 6).

DEDUCIBLE. Es la cantidad fija máxima, a cargo del Asegurado, que corresponde a los primeros gastos cubiertos. El Deducible se establece en la Carátula de la Póliza y se aplica una vez por padecimiento. Una vez que el gasto cubierto ha causado esta cantidad comienza la obligación de Plan Seguro (Foja 6).

TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es la relación del monto o porcentaje máximo que Plan Seguro pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierto y de acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados. (Foja 10).

En el propio contrato de seguro, constan los lineamientos y requisitos que los asegurados deben cumplir para el pago de los gastos médicos relacionados con un padecimiento, encontrándose entre otras las siguientes:

RECLAMACIONES. En toda reclamación deberá comprobarse a Plan Seguro, por cuenta del reclamante, la realización del Siniestro.

No se hará por parte de Plan Seguro ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier institución semejante en donde no se exige remuneración.

Plan Seguro podrá nombrar a alguna persona para verificar la enfermedad o lesiones así como los antecedentes relacionados con su origen y la procedencia de los gastos realizados y de los honorarios cobrados. Los Asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que los hubieren tratado para dar información a Plan Seguro o a una persona designada por que los hubieren tratado para dar información a Plan Seguro o a una persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera Plan Seguro, a costa de la misma, para la comprobación del diagnóstico, en caso necesario o de duda. Si

el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados
perdará su derecho a la indemnización correspondiente.

Para solicitar el pago de cada Siniestro de Salud
deberá entregarse la siguiente documentación:

***Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado.** Este documento en forma completa y con letra de molde por el titular de la póliza o bien por algún familiar o persona de confianza del Asegurado Afectado, cuando por el estado de salud del Asegurado se encuentre incapacitado para hacerlo.

***Informe Médico en la papelería que PLAN SEGURO entregue al Asegurado.** Este documento será requisitado por cada uno de los médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente; por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado. Cada Informe Médico debe ir firmado por el médico tratante correspondiente. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomara en cuenta única y exclusivamente el primer informe médico que exhiba el Asegurado.

Recibos de honorarios médicos originales (cirujano, ayudante, anesthesiólogo, enfermera, etc.) **los cuales deberán contener número de folio, nombre completo, domicilio, R.F.C, cédula profesional y además de los requisitos fiscales en vigor.**

*Cada recibo deberá expedirse por un solo concepto (honorarios quirúrgicos, honorarios por anestesia o ayudantía, consulta médica etc.). Dicho concepto se señalará claramente en cada recibo, así como la fecha de atención.

*En los casos de las consultas a domicilio, el Asegurado hará llegar un recibo por cada visita realizada y cada recibo se acompañará de un informe del Médico tratante por Consulta a Domicilio.

***Facturas originales de hospital, farmacia, laboratorio, gabinete y otros, las cuales deberán presentar el desglose de los diversos conceptos que se están cobrando así como el I.V.A.**

***Las facturas de laboratorio y gabinete irán acompañadas de sus respectivos resultados originales.**

***Expediente Clínico (Foja 46).**

2.- COBERTURA BÁSICAS

Para el efecto de esta póliza, se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos gastos que efectúe el Asegurado por servicios médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta que, por indicación de un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta e iniciada la vigencia de la póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los Gastos Médico, Plan Seguro cubrirá el costo de los mismos hasta por la cantidad máxima asegurada en cada cobertura o la Suma Asegurada contratada según corresponda, ajustándolo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales.

...

La vigencia de la póliza se conserva en la medida en que se cubre el pago de la Prima pactada con motivo de su concentración (foja10).

HONORARIOS MÉDICO-QUIRUGICOS Se cubren los honorarios del Cirujano hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos contratada, siempre que el Asegurado requiera de intervención quirúrgica. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias, las anteriores siempre que el Asegurado se encuentre hospitalizado (foja 13).

De acuerdo a la tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos, los honorarios del Cirujano serán cubiertos utilizando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en dicha tabla, hasta el monto máximo indicado (Foja 14).

HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO. Se cubren los Honorarios del Anestesiólogo hasta el treinta por ciento 30% de los Honorarios que Plan Seguro pague el Cirujano.

HONORARIOS DE AYUDANTE. Se cubren los honorarios de los Ayudantes de acuerdo a lo siguiente:

a) Primer Ayudante. Hasta el veinte por ciento 20% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano.

b) Segundo Ayudante. Hasta el diez por ciento 10% de los Honorarios que Plan Seguro pague al Cirujano previa autorización de Plan Seguro.

HONORARIOS DE INSTRUMENTISTA. Se cubren los Honorarios del Instrumentista se pagarán únicamente para intervenciones cardiovasculares que requieran bomba extracorpórea hasta el cuatro por ciento (4%) de los Honorarios que PLAN SEGURO pague al Cirujano, previa autorización de Plan Seguro. (Foja 14).

LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA. Se cubren los análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiere o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

MEDICAMENTOS. Quedarán cubiertos los siguientes gastos de medicamentos:

* Consumidos dentro del Hospital.

* Adquiridos fuera del Hospital o Sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la

factura original de la farmacia, la receta expedida por el Médico tratante y tenga relación directa con el padecimiento cubierto (foja 15).

3.- EXCLUSIONES GENERALES.

El contrato de seguro contenido en esta Póliza excluye los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que se enumeran a continuación:

35. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, crema, cosméticos desodorantes, compact disc, shampoo, lociones maquillaje, pañuelos desechables, peine perfumes, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería periódicos, dulces, regalos revistas, paquete de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de residuos, material de curación, soluciones y gasas; sabana térmica, medias TED, servicios de fotografía, servicio de video, alimentos extra, servicio de estacionamiento y gasolina, cremas removedoras, cremas cicatrizantes, paquete de admisión adulto, DVDs, agua embotellada, llamadas telefónicas, flores, fotografías, atención especializada de hospitalización, aplicación de medicamentos por turno/hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sabana desechable, esponja para baño, así como cualquier gasto erogado por el acompañante. (Foja 26).

Como se observa, las cantidades reclamadas en la demanda y los documentos de gastos médicos que se anexan a ella, son improcedentes porque incumplen con los requisitos contractuales que deberían contener las facturas, recibos de honorarios y comprobantes de pago, aunado a que la parte actora pretende ignorar las condiciones de pago que rigen a un siniestro, no pudiendo acreditar en consecuencia las prestaciones reclamadas.

Lo anterior es así, porque las facturas ***** carecen de la fecha en que supuestamente se prestó la atención médica que señalan, no contienen la cédula profesional de médico que las emitió, aunado a que no especifica el tipo de cirugía que supuestamente se está cobrando, a efecto de relacionarla con el siniestro del entonces asegurado, y con ello aplicar los porcentajes establecidos en la tabla de honorarios quirúrgicos.

Los recibos de honorarios número ***** carecen de la receta médica del doctor que hubiera prescrito dichos estudios careciendo de los resultados de laboratorio en los que conste la realización del mismo, a efecto de relacionarla con el siniestro acontecido, ya que tampoco contiene la fecha en que supuestamente se realizaron los supuestos estudios.

Las facturas ***** , carecen de la receta del médico que hubiera prescrito dichos medicamentos, a efecto de relacionarla con el siniestro, incumplimiento con lo previsto por el contrato de seguro.

Los recibos de honorarios 212 y F70 son improcedentes, porque los mismos no se ajustan al contrato de seguro, ni a los porcentajes establecidos en el mismo, ya conforme se observa del contrato de seguro, por concepto de anestesia e instrumentista únicamente se cubre un porcentaje de acuerdo al pago realizado al médico cirujano, por lo que la cantidad que se pretende por el concepto de anestesia e instrumentista son improcedentes.

La factura ***** es improcedente porque la misma se pretende hacer valer por concepto de gastos funerarios, lo cual no se encuentra cubierto por el contrato de seguro de salud individual, por lo que el reclamo del pago de dicha factura carece de fundamento legal y contractual.

Las facturas ***** son improcedentes porque las mismas carecen de conceptos específicos así como del desglose correspondiente y/o estado de cuenta en el que consten los conceptos que se pretende cobrar, ya que el

contrato de seguro establece diversas exclusiones de cobertura, por lo que dicho desglose es necesario para tener la seguridad y certeza jurídica de que el actor no pretenda el cobro de cantidades de dinero que no se encuentran amparadas por el contrario de seguro.

SEXTO.- Por no ser propio de mi mandante, ni se afirma ni se niega el hecho de la demanda que se contesta. No obstante lo anterior, deberá estarse a la contestación de los hechos CUARTO y QUINTO de la demanda, como si a la letra se insertasen por economía procesal. En virtud de lo anterior se acompañaba el **informe rendido por representada ante CONDUSEF, el día 21 de agosto de 2017, así como la audiencia de conciliación de esa misma fecha llevada también ante CONDUSEF,** consta en autos la audiencia referida por haberla acompañando la parte atora a su demanda, probando en su contra en términos del artículo 1298 del Código de Comercio, acreditándose con dicha audiencia la excepción de prescripción.

SÉPTIMO.- Es cierto el hecho séptimo de la demanda que se contesta, por lo cual deberá estarse al contenido del documento emitido por CONDUSEF y a la contestación de los hechos CUARTO y QUINTO de la demanda como si a la letra se insertasen por economía procesal.” (Transcripción literal visible a fojas de la ochenta y uno a la ciento uno de los autos).

Opuso las excepciones de **PRESCRIPCIÓN, LAS QUE SE DERIVAN DE LA NEGATIVA DE LA DEMANDA, LAS QUE SE DERIVAN DEL AXIOMA JURÍDICO, LA FALTA DE LEGITIMACIÓN AD CAUSAM, LA FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, LA FALTA DE LEGITIMACIÓN PASIVA, LA QUE SE DERIVA DE LOS ARTÍCULOS 8, 9, 10 Y 47 DE LA LEY SOBRE CONTRATO DE SEGURO, LA QUE SE DERIVA DE LO DISPUESTO POR LA CLÁUSULA DENOMINADA OMISIONES O INEXACTAS DELCARACIONES DEL**

CONTRATO DE SEGURO DENOMINADO CONDICIONES GENERALES SALUD ÓPTIMA INDIVIDUAL.

En tales términos se tiene por fijada la litis del presente juicio.

VI.- Ahora bien, el artículo **348** del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la legislación mercantil, establece:

"Al pronunciarse la sentencia, se estudiarán previamente las excepciones que no destruyan la acción, y, si alguna de éstas se declara procedente, se abstendrán los tribunales de entrar al fondo del negocio, dejando a salvo los derechos del actor. Si dichas excepciones no se declaran procedentes, se decidirá sobre el fondo del negocio, condenando o absolviendo, en todo o en parte, según el resultado de la valuación de las pruebas que haga el tribunal."

De dicho precepto se desprende que esta Juzgadora tiene el deber de analizar las excepciones dilatorias opuestas por la parte demandada antes de emitir la resolución, para el caso de que alguna de ellas sea procedente se dejen a salvo los derechos de las partes y, en caso contrario se resuelva el fondo del negocio condenando o absolviendo conforme a la valoración de las pruebas aportadas por las partes.

En consecuencia, previo al estudio de la acción intentada, se procede a analizar la excepción formulada por la parte demandada, relativa a la Prescripción, derivada de lo dispuesto por el artículo 81 fracción II de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece que prescribirán en dos años todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro.

Excepción que resulta procedente, por las razones que a continuación se exponen:

Tal y como es señalado por la parte demandada, el artículo **81** de la Ley sobre el Contrato de Seguro, es muy claro en establecer, en la parte que nos interesa:

"Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- ...

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."

Luego, dado que la accionante reclama el reembolso de la cantidad de TRESCIENTOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS SETENTA CENTAVOS, erogados por la enfermedad de su difunto esposo ***** asegurado con la demandada por medio de la empresa ***** bajo la póliza *****, de la cual es apoderada, siendo que la enfermedad de referencia aconteció el diez de noviembre de dos mil dieciséis, según los hechos narrados de su parte en el escrito que dio origen a la causa que se analiza, lo que implica que atendiendo al numeral antes transcrito dicha persona contaba con el término de dos años para hacer el reclamo correspondiente, sin que así lo haya hecho.

Ahora, no pasa desapercibido para quien hoy resuelve que bajo el número de expediente 1262/2019 del índice de este Juzgado, se tramitó el reclamo que nos ocupa, sin embargo, también lo es que en el mismo fue decretado que la firma que calzaba el escrito de demanda correspondiente, no era del puño y letra de la aquí accionante, por lo que dicha demanda se tuvo por no interpuesta, lo que implica que para efectos de la interrupción de la prescripción de la acción en estudio, tales actuaciones no tengan efecto alguno.

Así mismo, que con fecha treinta de marzo de dos mil diecisiete, fue presentado de su parte reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de Servicios Financieros (CONDUSEF), la que fue resuelta el veintiuno de agosto de dos mil diecisiete, dejando a salvo los derechos de la reclamante para que los haga valer en la vía y forma en que corresponda, lo que quiere decir que, en atención a lo establecido por el diverso numeral **1041** del Código de

Comercio que es muy claro en establecer, en la parte que nos interesa:

“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...”

El periodo de tiempo en el cual se desarrollo la reclamación de mérito, sí debe tomarse en cuenta para interrumpir el término de dos años, contemplados por el artículo **81** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para que prescriba la acción que se analiza, por tanto, dicho término comenzó a correr a partir del día siguiente de la resolución dictada por la Comisión Nacional de Protección y Defensa de Servicios Financieros (CONDUSEF), o sea el *veintidós de agosto de dos mil diecisiete*, y terminó el *veintiuno de agosto de dos mil diecinueve*, de ahí que tal como ha sido sostenido, al haber sido incoada la reclamación que nos ocupa hasta el *dieciséis de junio de dos mil veinte*, tal como se advierte del sello impuesto por la Oficialía de Partes de este Tribunal, su acción se encuentra prescrita.

Como consecuencia de lo anterior, huelga a entrar al estudio de las demás excepciones opuestas por la parte demandada, ya que a nada práctico conduciría, pues no variaría el sentido de la presente resolución.

VII. En consecuencia, se declara que procedió la Vía Oral Mercantil y en ella la parte demandada *********, justificó la procedencia de una de sus excepciones, por consiguiente:

Se absuelve a la parte demandada ***** ******, de todas y cada una de las prestaciones que le son reclamadas en el escrito inicial de demanda.

De conformidad con lo expuesto por el artículo **1084** del Código de Comercio, no se hace especial condena en costas, toda vez que del sumario no se advierte que la parte actora se hubiera conducido con temeridad o mala fe, por lo

que cada una de las partes deberá absolver sus propios gastos y costas.

Por lo expuesto, fundado y con apoyo además en lo dispuesto por los artículos **1194, 1322, 1323, 1324, 1325, 1327, 1329, 1377 al 1390** y demás aplicables del Código de Comercio, se resuelve:

PRIMERO. La suscrita Juez es competente para conocer de la demanda interpuesta.

SEGUNDO. Se declara que procedió la Vía Oral Mercantil y en ella la parte demandada *********, justificó la procedencia de una de sus excepciones.

TERCERO. Se al suelve a la parte demandada *********, de todas y cada una de las prestaciones que le son reclamadas en el escrito inicial de demanda.

CUARTO. No se hace especial condena en costas.

QUINTO. NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

A S I, Definitivamente juzgando lo sentenció y firma la Juez Sexto de lo Mercantil en el Estado, **LICENCIADA VERÓNICA PADILLA GARCÍA**, ante su Secretaria de Acuerdos, **Licenciada Zaida Viridiana Salcedo Torres**, que autoriza. Doy fe.

LICENCIADA VERONICA PADILLA GARCÍA

Juez Sexto de lo Mercantil en el Estado.

**LICENCIADA ZAIDA VIRIDIANA SALCEDO
TORRES.**

Secretaria de Acuerdos del Juzgado
Sexto de lo Mercantil en el Estado.

La sentencia que antecede se publicó en fecha **ocho**
de **marzo** de dos mil **veintiuno**. Conste.

La licenciada **SILVIA YAZMÍN CHÁVEZ ESPARZA**, Secretaria
Proyectista adscrita al Juzgado Sexto de lo Mercantil en el Estado, hago
constar y certifico que este documento corresponde a una versión pública
de la sentencia dictada dentro de los autos del expediente número
205/2020, en fecha **cinco de marzo de dos mil veintiuno**, constante
de **treinta y seis** 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
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.