

SENTENCIA

Aguascalientes, Aguascalientes, siete de marzo de dos mil veintidós.-

V I S T O S, para resolver los autos del expediente número **1945/2019**, que en la vía **ORDINARIA MERCANTIL**, promueve ***** , en contra de ***** , siendo el estado de autos de dictar la **sentencia definitiva**, se pronuncia la misma al tenor de los siguientes:

CONSIDERANDOS:

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

*“A.- Para que por sentencia firme se condene a la demandada ***** al pago de los estudios radiológicos, análisis gastos de uso de hospitalización, quirófano, instrumentación utilizada en ambas cirugías, honorarios de cirujanos y ayudantía y demás gastos que se hallan originado, derivado de las cirugías de columna lumbar Espondilolistesis lumbar L4-5 con disminución de espacio intersomatico I5-S1 a las que el suscrito fui sometido en fechas 12 de noviembre de 2018 y 16 de abril de 2019, cantidad que será cuantificada en ejecución de sentencia.”*

*B.- Para que por sentencia firme se condene a la demandada ***** al pago del interés legal a razón de del 9% nueve por ciento anual, desde la fecha de incumplimiento hasta su total liquidación, cantidad que será cuantificada en ejecución de sentencia.”*

*C.- Para que por sentencia firme se condene a la demandada ***** al pago de gastos y costas derivado de la tramitación del presente juicio, pues es esta quien por su falta de cumplimiento origen al presente juicio, tomando en cuenta que la demandada no se sometió al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).”*

(Trascripción literal visible a fojas 1 y 2 de los autos)

II.- ***** , negó adeudar las prestaciones que le son reclamadas.-

III.- El artículo 17 Constitucional prevé lo siguiente:

“Siempre que no se afecte la igualdad entre las partes, el debido proceso u otros derechos en los juicios o procedimientos seguidos en forma de juicio, las autoridades deberán privilegiar la solución del conflicto sobre los formalismos procedimentales.”

Luego entonces, debe privilegiarse la solución del problema sobre cualquier formalismo procedimental.-

Según lo prevé el artículo 1077 del Código de Comercio, la sentencia deberá ser congruente con la demanda y su contestación, debiendo decidir los puntos litigiosos objeto del debate.-

Para lo anterior, se debe de tener en cuenta que el artículo 1077 del Código de Comercio prevé que la sentencia definitiva debe decidir los puntos litigiosos, lo cual excluye a los hechos en que las partes del juicio concuerdan, por lo que como son no controvertidos, según el artículo 200 del Código Federal de Procedimientos Civiles, supletorio al de Comercio, se deben tener por demostrados.-

Siendo para el caso que nos ocupa, los siguientes:

A.- Que se realizó un procedimiento ante la CONDUSEF.- Lo anterior, al no existir controversia, según el artículo 1077 del Código de Comercio, no es motivo del debate, debe entenderse como aceptados por las partes.-

En consecuencia, este hecho ya no es motivo de estudio en las pruebas, ya que en todo juicio, como lo es también el presente Ordinario Mercantil, debe fijarse la litis, que es el objeto de estudio de las sentencias, y por ello y en razón del artículo 200 del Código Federal de Procedimientos Civiles, supletorio al Código de Comercio, se tiene por demostrado.-

IV.- Ahora, respecto al contrato de seguro que celebraron las partes, ***** , en este caso reclama, el pago de los

estudios radiológicos, análisis gastos de uso de hospitalización, quirófano, instrumentación utilizada en ambas cirugías, honorarios de cirujanos y ayudantía y demás gastos que se hallan originado, derivado de las cirugías de columna lumbar Espondilolistesis lumbar L4-5 con disminución de espacio intersomatico I5-S1 a las que el suscrito fui sometido en fechas 12 de noviembre de 2018 y 16 de abril de 2019, que dice le corresponden por la celebración del contrato de seguro que tiene con la demandada, ello al haberse presentado un accidente automovilístico, del que asegura derivó su condición física deteriorada de la que tuvo conocimiento la parte reo.-

En primer término, se deben precisar los elementos para la procedencia de la acción en este tipo de juicios, los que obligan a demostrar la existencia del contrato de seguro; la existencia de un riesgo amparado por la póliza; además, que se dio aviso oportuno a la aseguradora.-

En razón de lo anterior, como la carga de la prueba es a cargo de la parte actora, debe demostrar que se da la concurrencia de los tres elementos señalados.-

Sustenta lo anterior la siguiente tesis, que se toma como criterio rector, la cual fue emitida en la 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, misma que a la letra reza:

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.-

Ahora, en razón de lo anterior, se procede al análisis de los autos para verificar la existencia de los 3 elementos constitutivos de la acción.-

En cuanto al primer elemento, el relativo a la existencia del contrato de seguro, si bien es cierto, de manera explícita la compañía aseguradora no manifiesta la existencia del contrato, no menos cierto es que acepta que ***** leyó y comprendió los términos y condiciones del producto seguro *****, como se aprecia a foja 518 de los autos, lo que se traduce en una confesión judicial con valor probatorio pleno de conformidad a lo previsto por los artículos 1212 y 1287 del Código de Comercio.-

Abunda sobre lo anterior los documentos que obran a fojas 518 y 519, que exhibió la aseguradora con su escrito de contestación a la demanda, por lo tanto, los que prueban plenamente en su contra acorde al artículo 1298 del Código de Comercio, y que demuestran la existencia del contrato de seguro entre las partes, y además exhibe las condiciones generales del seguro, las cuales aún y cuando fueron objetadas por la parte actora, no acreditó los extremos de su objeción por lo cual, el documento en cita no pierde su valor probatorio, en consecuencia, y acorde al artículo 1306 del Código de Comercio, administrando ambas documentales, se concluye el contrato bajo las condiciones exhibidas.-

En cuanto al segundo elemento de la acción intentada, el relativo a la existencia del riesgo amparado por la póliza, con el escrito de contestación a la demanda se exhibió el documento que obra a fojas 531 y 532, el cual como se acompañó a la contestación de demanda, acorde a lo que prevé el artículo 1298 del Código de

Comercio, este prueba plenamente en su contra, por lo que si su contenido señala que es la solicitud para atención médica de fecha tres de septiembre de dos mil diecisiete, fecha en que afirmó la actora en el hecho 1 de su demanda, sufrió un siniestro en la carretera Los Arquitos, aunado a que con la contestación de demanda se acompañó el volante de admisión, de fecha tres de septiembre de dos mil diecisiete, mismo que obra a foja 533, en el que el ajustador dio cuenta del vehículo siniestrado, que resulta coincidente con aquel en el que dice el actor viajaba al momento del accidente.-

Con lo anterior, sí se demuestra éste segundo elemento.-

Por último, la existencia del tercer elemento de la acción, el relativo a la existencia de un riesgo amparado por la póliza, con el escrito de contestación a la demanda se exhibió el documento que obra de la foja 443 a la 511, y que consiste en las condiciones generales del seguro, documento del cual ya se hizo saber que no pierde valor probatorio, por lo que como se acompañó a la contestación de demanda, acorde a lo que prevé el artículo 1298 del Código de Comercio, prueba plenamente en su contra.-

También se exhibió, como anexo a la contestación de demanda, copia simple de un documento denominado *Solicitud para Atención Médica*, de fechado 03092017, y que obra a foja 531 de los autos, misma fecha en que ocurrió el accidente.-

En tal solicitud, se asienta en el capítulo de observaciones: *Cuello, espalda y cadera*, lo que hace presumible el hecho de que fueron las partes afectadas por el hecho de tránsito; y en su reverso se aprecia la nota médica, de fecha ocho de septiembre del año dos mil diecisiete.-

Además de la confesional a cargo de la parte reo, de la cual se le declaró confesa según acta de fecha treinta y uno de enero de dos mil veintidós, visible a foja 652, con esta probanza se acredita que la parte demandada fue notificada del accidente sufrido por el actor.-

Esto con fundamento en lo previsto por los artículos 1232 fracción I y 1287 del Código de Comercio.-

Con esto se cumple el tercer elemento.-

V.- Ahora bien, como se dieron los elementos para la procedencia de la acción, resta analizar en este caso las excepciones que opone contra dicha acción la compañía de seguros demandada, considerando que el punto de litis se resume en el hecho de que la parte actora solicita que se condene a la compañía de seguros al pago de la cantidad de dinero, devolución de gastos médicos, al amparo de la póliza de seguro *****.-

En este sentido, la parte reo, opone las siguientes excepciones:

Respecto a la excepción siguiente: La compañía de seguros demandada, manifiesta que la parte actora no exhibió la documentación solicitada para emitir un pronunciamiento respecto a la procedencia o improcedencia de la reclamación.-

De conformidad a lo previsto por el artículo 1194 del Código de Comercio, el que afirma está obligado a probar, por lo tanto, corresponde al actor la carga de la prueba.-

A efecto de acreditar su dicho, la parte actora desahogó la confesional a cargo de ***** ello en audiencia de fecha treinta y uno de enero de dos mil veintidós, visible a foja 652, frente y vuelta de los autos, en tal audiencia a la parte demandada, se le declaró confesa de las posiciones que le fueron calificadas de legales, por lo que atendiendo a la posición número 4, confesó que recibió todos y cada uno de los documentos médicos que le fueron requeridos al actor.-

Confesión que hace prueba plena de conformidad a lo previsto por el artículo 1287 del Código de Comercio.-

Lo anterior se robustece con la documental pública que obra a foja 112 y 113 de los autos, la cual hace prueba plena de

conformidad a lo previsto por el artículo 1292 del Código de Comercio, del cual se desprende que la demandada aceptó que con base en la documentación que obra en su poder determinó como improcedente el pago, por lo cual si emitió tal determinación es porque contaba con los documentos suficientes para hacerlo, de ahí que esta excepción resulta improcedente.-

En relación a la excepción siguiente: La aseguradora dice que el padecimiento en el que basa el actor la reclamación, se considera como preexistente pues no fue declarado al ingreso de la póliza, y en virtud a ello no supera el período de espera de cinco años.-

De conformidad a lo previsto por el artículo 1194 del Código de Comercio, corresponde a la demandada la carga de la prueba.-

Como ya ha sido expuesto, la parte reo desahogó la confesional de ***** probanza que en nada favorece a sus intereses ya que negó todas las posiciones que le fueron formuladas.-

Desahogó también, la documental privada, consistente en las condiciones generales aplicables a la póliza número *****, el cual obra de la foja 443 a la 511 de los autos.-

Documento que fue objetado, pero del cual no se demostró la causa de la objeción, por lo que no pierde valor alguno.-

En tal constancia, en el **Apartado Cuatro – Gastos médicos cubiertos**, punto **4.6. Eventos sujetos a condiciones específicas**, propiamente en el punto **4.6.14.2** se indica:

“Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife, podrán quedar cubiertos siempre y cuando el padecimiento no se encuentre explícitamente descrito dentro del apartado exclusiones de estas condiciones generales y el Asegurado se encuentre médicamente sano.

Una vez transcurrido el periodo de espera de cinco años ininterrumpidos de cobertura en MetLife, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos no declarados preexistentes adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluido, emitido por un médico especialista en el padecimiento no declarado...”.-

Al respecto, el Artículo 8° de la Ley sobre el Contrato de seguro, prevé:

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

Sin que de las constancias exhibidas por la demandada, obre el cuestionario respectivo.-

También desahogó la documental privada, consistente en la solicitud de gastos médicos mayores con número *****, la cual es visible de la foja 512 a 517 de los autos, misma que fue ratificada por el actor en audiencia de fecha dos de febrero de dos mil veintidós, de la que no se advierte que se haya cuestionado al solicitante, *****sobre padecimientos previos.-

De conformidad a lo previsto por los artículos 1245 y 1247 del Código de Comercio, con este medio de convicción, sólo se demuestra que el demandante solicitó a la demandada un seguro de gastos médicos mayores sin haber hecho manifestación alguna en relación a padecimientos previos a la solicitud que nos ocupa.-

También desahogó la documental privada, de fecha diecinueve de julio de dos mil dieciséis, la que obra a foja 518 de los autos, y probanza que no fue ratificada por el actor, por lo cual sólo constituye un indicio de que ***** al momento de contratar con la aseguradora adquirió por un año, un seguro *****, con una cobertura por un año, con registro ***** reconociendo los derecho y obligaciones entre los contratantes.-

Otra prueba desahogada por la demandada, fue la documental privada consistente en la solicitud de reclamación de gastos médicos mayores, de fecha veinte de noviembre de dos mil diecisiete, la que obra agregada a fojas 521 y 522 de los autos, y que fue ratificada por el actor en fecha dos de febrero de dos mil veintidós, con la cual queda demostrado que el actor hizo el reclamo de su seguro la corrección hecha a la interpretación médica de fecha con posterioridad al cinco de septiembre de dos mil diecisiete, fecha en que se hizo la corrección a la interpretación médica.-

Adminiculando las pruebas anteriormente indicadas, queda demostrada la existencia del contrato de seguros médicos mayores, más no el hecho de que el padecimiento del actor haya sido anterior, o preexistente a la celebración del contrato, pues la aseguradora no exhibió el cuestionario médico que prevé la ley de la materia, ni con el resto de probanzas queda acreditado que el actor hubiere ocultado información al momento de la contratación, por lo tanto la excepción aquí planteada resulta improcedente.-

Atendiendo a la excepción siguiente: El demandado alega a su favor que la corrección hecha a la interpretación médica de fecha cinco de septiembre de dos mil diecisiete, la aseguradora no fue informada, ni tampoco se le entregó en tiempo y forma.-

Respecto de esta excepción, de conformidad a lo previsto por el artículo 1196 del Código de Comercio, en virtud a que ha quedado demostrado que el actor exhibió a la demandada todos los documentos necesarios para hacer el reclamo del pago, corresponde a ***** la carga de la prueba, pues existe la presunción legal que tiene a su favor el colitigante, de que si cumplió con tal exhibición.-

Al respecto la parte reo, desahogó la confesional a cargo de ***** la cual se desahogó en audiencia de fecha dos

de febrero de dos mil veintidós, visible a fojas 662 y 663 de los autos, prueba que en nada favorece a sus intereses toda vez que el actor negó todas y cada una de las posiciones que le fueron formuladas.-

También desahogó la instrumental de actuaciones, lo que implica que hace suya la documental que obra a foja 74 de los autos, y en la cual se inserta la leyenda: *“Nota por error involuntario se envió interpretación anterior con datos equívocos”*.-

Esta probanza, relacionada con la negativa del actor en cuanto a que se abstuvo de enviar a las oficinas de la aseguradora el documento con la corrección del error del estudio radiológico, acredita que la demandada sí era sabedora de la aclaración hecha, máxime que de las constancias que integran el expediente de la CONDUSEF existe copia dicha aclaración, por lo cual se presume que cuando el actor accedió a tal instancia, la demandada fue informada de la existencia de la aclaración correspondiente.-

En consecuencia esta excepción se resuelve como improcedente.-

Respecto a la excepción siguiente: Que el actor omita describir, precisar y desglosar el alcance y cobertura de la póliza de seguro, como tampoco precisa la cláusula o cláusulas del contrato que generan la obligación de pago, misma que se relaciona con la excepción basada en el hecho de que los documentos exhibidos por el actor no demuestran ni dan indicio de lo pactado entre los contratantes y las cláusulas que se obligó a cumplir la demandada en caso de siniestro.-

En relación a esta excepción se vuelve aplicable la Jurisprudencia, con **Registro digital:** 2023798, **Instancia:** Tribunales Colegiados de Circuito, emitida en la **Undécima Época**, **Materia(s):** Civil, **Tesis:** I.11o.C. J/1 C (11a.), **Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación.

Libro 7, Noviembre de 2021, Tomo IV, página 3238,

Tipo: Jurisprudencia, misma que a la letra reza:

SEGUROS. SI SE RECLAMA EL PAGO DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE POR HABER OCURRIDO UN SINIESTRO, LA CARGA DE LA PRUEBA DEL ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO SE REDUCE A ACREDITAR LA EXISTENCIA DEL CONTRATO, LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO EN AQUÉLLA 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 tesis de 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.](#)" y reiteró el criterio en que consideró que el artículo [36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros](#) abrogada, 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 ese 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 diversos [20, 23 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#), le corresponde exhibir dichas condiciones generales, pues la negativa del pago por actualizarse algún supuesto previsto en aquéllas, como las omisiones o falsas declaraciones del asegurado en la contratación, constituye el sustento de su excepción y, por tanto, tiene la carga de exhibirlas.

DÉCIMO 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.

Amparo directo 717/2018. Jesús Vey García Hernández. 26 de noviembre de 2018. Unanimidad de votos. Ponente: Fernando Rangel Ramírez. Secretaria: Ma. del Carmen Meléndez Valerio.

Amparo directo 809/2018. Metlife México, S.A. 19 de febrero de 2019. Unanimidad de votos. Ponente: Fernando Rangel Ramírez. Secretaria: Miriam Aidé García González.

Amparo directo 964/2019. Metlife México, S.A. 20 de febrero de 2020. Unanimidad de votos. Ponente: Fernando Rangel Ramírez. Secretaria: Ma. del Carmen Meléndez Valerio.

Amparo directo 46/2021. 25 de mayo de 2021. Unanimidad de votos. Ponente: Francisco Javier Cárdenas Naranjo, secretario de tribunal autorizado por la Comisión de Carrera Judicial del Consejo de la Judicatura Federal para desempeñar las funciones de Magistrado. Secretario: Gabriel Zúñiga Roque.

Nota: La parte conducente de la sentencia relativa a la contradicción de tesis 233/2011 y la tesis de jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.) citadas, aparecen publicadas en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro IV, Tomo 3, enero de 2012, páginas 2610 y 2665, con números de registro digital: 23331 y 2000167, respectivamente.

Esta tesis se publicó el viernes 12 de noviembre de 2021 a las 10:23 horas en el Semanario Judicial de la Federación y, por ende, se considera de aplicación obligatoria a partir del día hábil siguiente, 16 de noviembre de 2021, para los efectos previstos en el punto noveno del Acuerdo General Plenario 1/2021.

De lo anterior se desprende que el contratante, en el caso que nos ocupa el actor, sólo tiene la carga de la prueba para 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, elementos que como ya ha quedado asentado quedaron demostrados.-

Por lo que hace a describir, precisar y desglosar el alcance y cobertura de la póliza de seguro, la precisión de la cláusula o cláusulas del contrato que generan la obligación de pago, corresponde a la aseguradora, pues se trata de ésta quien 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.-

Así mismo, de conformidad a lo previsto por el artículo 78. del Código de Comercio, en el que se prevé:

“En las convenciones mercantiles cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse, sin que la validez del acto comercial dependa de la observancia de formalidades ó requisitos determinados.”.-

Si la parte demandada ha exhibido las condiciones generales del Seguro ***** , sabe y conoce los alcances del contrato celebrado, aún y cuando la parte actora no haya precisado las circunstancias a que refiere la aseguradora, ello aunado al hecho de que basa su negativa al pago, en un padecimiento preexistente, el cual no ha sido demostrado.-

Lo anterior hace improcedente la excepción aquí expuesta.-

Otra excepción de estudio es la siguiente: La parte reo la sustenta al afirmar que el actor omite acreditar estar al corriente del

pago de la prima del seguro, ello a la fecha en la que sucedió el siniestro.-

Ahora bien, este punto de litis queda limitado a determinar si aún existe la obligación entre las partes, porque el contrato siga vigente, o dejó de surtir efectos por la falta de pago de la prima de seguro.-

De conformidad a la tesis emitida en la Novena Época.- Registro digital: 167544.- Instancia: Primera Sala.- Jurisprudencia.- Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.- Tomo XXIX, Abril de 2009.- Materia(s): Civil.- Tesis: 1a./J. 114/2008.- Página: 136, misma que a la letra reza:

“CONTRATO DE SEGURO. AL NO SER EL PAGO DE LA PRIMA UN ELEMENTO DE LA ACCIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR RIESGO PRODUCIDO, NO ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO ACREDITAR ÉSTE PARA EJERCITARLA, SINO QUE CORRESPONDE A LA ASEGURADORA OPONER COMO EXCEPCIÓN LA FALTA DE PAGO PARA DESVIRTUARLA.

El artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone que éste se perfecciona desde que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la oferta (fracción I) y que no puede sujetarse al pago de la prima (fracción II); y, el numeral 35 de dicha Ley establece que la empresa aseguradora no puede eludir la responsabilidad por la realización del riesgo mediante cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la prima o primera fracción de ella; lo cual revela que las obligaciones de la aseguradora se perfeccionan con el consentimiento o aceptación, incluso verbal, del asegurado. En ese sentido, se concluye que el pago de la prima no es un elemento de la acción de indemnización por riesgo producido y, por tanto, no es obligación del asegurado demostrar ese pago al ejercitarla sino que corresponde a la aseguradora oponer la falta de pago como excepción, pues si los elementos constitutivos de la acción son la existencia del contrato y la realización del siniestro, para promoverla es innecesario acreditar el pago aludido. En efecto, acorde con el artículo 40 del ordenamiento legal indicado, la falta de pago de la prima o de la primera parte de ella, cuando se paga en parcialidades, hace cesar los efectos del contrato, lo cual puede liberar a la aseguradora de su obligación de pagar por el riesgo producido, de ahí que puede oponerla como excepción para desvirtuar la acción intentada.

Contradicción de tesis 84/2008-PS. Entre las sustentadas por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Tercer Circuito, el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito y el Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Tercer Circuito. 22 de octubre de 2008. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: José de Jesús Gudiño Pelayo. Ponente: Juan N. Silva Meza. Secretaria: Guillermina Coutiño Mata.-

Tesis de jurisprudencia 114/2008. Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de fecha cinco de noviembre de dos mil ocho.

Así las cosas, y de conformidad a lo previsto por el artículo 1194 del Código de Comercio, corresponde a *****]la carga de la prueba.-

Para acreditar los extremos de esta excepción, la compañía demandada desahogó la prueba instrumental de actuaciones, la que por obvio de razón incluye la totalidad de los documentos que obran en autos, y los cuales hacen prueba plena por ser una documental pública, ello con fundamento en lo previsto por el artículo 1294 del Código de Comercio, así de la foja 11 a la 27, los pagos de la póliza ***** de los que se advierte que la póliza ha sido vigente desde el diecinueve de julio de dos mil dieciséis al diecinueve de julio de dos mil veinte, por lo que si el hecho de tránsito ocurrió el tres de septiembre de dos mil diecisiete, y de ello fue enterada la aseguradora según el reporte hecho por el ajustador, y por otra parte, también consta en autos la solicitud para atención médica de fecha tres de setiembre de dos mil diecisiete, en cuyo apartado de observaciones se indica *cuello y espalda y cadera*, y tal documento también está firmado por el ajustador, se entiende que al momento del siniestro la parte actora estaba al corriente de sus pagos, pues había una póliza vigente, como consta a foja 15 de los autos, lo que hace prueba plena de conformidad a lo previsto por el artículo 1294 del Código de Comercio.-

En consecuencia esta excepción tampoco queda demostrada.-

En atención a la excepciones siguiente: Consiste en que el actor no modifique los hechos planteados ni exhiba más documentos tendientes a ampliar o perfeccionar el escrito de demanda.- Como de autos se desprende el escrito de demanda y pruebas ofrecidas en el momento procesal oportuno no fueron variadas.-

VI.- En virtud de que se acreditaron los tres elementos de la acción y resultaron improcedentes las excepciones procede condenar a ***** al pago de las prestaciones reclamadas las cuales serán cuantificadas en ejecución de sentencia.-

También, se condena a la parte reo al pago de los intereses moratorios, conforme a lo que prevé el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.-

Toda vez que el monto por concepto de seguro se expresó en moneda nacional, atendiendo al artículo citado el pago de intereses deberá de efectuarse de conformidad con lo previsto por las fracciones I y IV del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, es decir, a partir de que se haga exigible el monto de lo reclamado, lo cual será en la etapa de ejecución de sentencia.-

A efecto de que en la ejecución de sentencia se haga líquido el pago de éste concepto, resulta aplicable el siguiente criterio emitido en la Décima Época, Registro: 2001359, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis Aislada, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 2, Materia(s): Civil, Tesis: I.7o.C.22 C (10a.), Página: 1797, el cual a la letra reza:

INTERÉS MORATORIO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. MECANISMO PARA SU CÁLCULO.

El artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros hace referencia a dos sanciones para la aseguradora cuando ésta no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, a saber: el pago de una indemnización por mora, y, el pago de un interés moratorio. Conforme a las fracciones I y IV del citado precepto, el interés moratorio se determina siguiendo estos pasos: 1. Se toma como base la obligación principal asumida en el contrato, pero denominada en unidades de inversión, conforme a su valor en la fecha de su conversión (fracción I). 2. La tasa aplicable o tasa de referencia, conforme a la cual se determinarán los intereses, resultará de multiplicar por uno punto veinticinco el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista la mora (segunda parte de la fracción I). 3. Como los intereses moratorios se generan por día, desde aquel en que se hace exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúe el pago, para determinar el interés deberá dividirse el resultado que se obtenga de la operación referida en el punto 2 (tasa de referencia) entre trescientos sesenta y cinco, esto será igual al interés moratorio diario. 4. Dicho resultado deberá multiplicarse por el número de días de cada mes de mora, obteniéndose así el interés moratorio de cada mes (fracción IV). 5. Aun cuando el citado artículo 135 Bis no refiere expresamente dentro del mecanismo para cuantificar los intereses moratorios, la división de lo obtenido como interés moratorio de cada mes entre cien, lo cierto es que tal operación aritmética se encuentra implícitamente considerada dentro del propio numeral, al referirse éste a la tasa conforme a la cual se determinarán los intereses, porque una tasa equivale a un porcentaje "X" de un cien por ciento; luego, para que el resultado de las operaciones descritas efectivamente se vea reflejado como un porcentaje o tasa, debe, conforme a las reglas matemáticas y a la fórmula para calcular el interés simple, dividirse entre el cien por ciento. 6. El interés moratorio de cada mes (una vez referido en porcentaje, o sea, dividido entre cien) se multiplicará por el monto de la suerte principal convertida en unidades de inversión (fracción I, segundo párrafo). 7. Al final, los resultados obtenidos deberán sumarse, para luego multiplicarse por el valor de las unidades de inversión al momento del pago, de acuerdo con lo previsto en la primera parte de la fracción I del artículo en comento y así obtener en pesos el monto total adeudado por intereses moratorios.

SÉPTIMO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 132/2012. Xóchitl Valdez Ojeda y otros. 17 de mayo de 2012. Unanimidad de votos. Ponente: Julio César Vázquez-Mellado García. Secretaria: Alicia Ramírez Ricárdez."

Como en este caso no se advirtió temeridad o mala fe procesal de las partes en ambos casos, no se condena al pago de los gastos y costas, conforme al artículo 1084 del Código de Comercio.-

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

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

SEGUNDO.- Se condena a ***** al pago de los estudios radiológicos, análisis gastos de uso de hospitalización, quirófano, instrumentación utilizada en ambas cirugías, honorarios de cirujanos y ayudantía y demás gastos que se hallan originado, derivado de las cirugías de columna lumbar Espondilolistesis lumbar L4-5 con disminución de espacio intersomatico I5-S1 a las que el suscrito fui sometido en fechas 12 de noviembre de 2018 y 16 de abril de 2019.-

TERCERO.- Se condena a la parte reo al pago de los intereses moratorios en términos de lo expuesto en el último considerando de esta sentencia.-

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

QUINTO.- NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.-

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.-

Así lo resolvió y firma la Licenciada VERÓNICA PADILLA GARCÍA, Juez Quinto de lo Mercantil de este Estado, ante su Secretaria de Acuerdos, licenciada PENÉLOPE YURIANA ERAZO ORTÍZ, quien autoriza y da fe.-

Se publica en fecha ocho de marzo del año dos mil veintidós.-

Conste.

El(La) Licenciado(a) DINA DEYANIRA REYES GUERRERO, Secretario(a) de Acuerdos y/o de Estudio y Proyectos adscrito(a) al Órgano Jurisdiccional, hago constar y certifico que este documento corresponde a una versión pública de la sentencia o resolución 1945/2019 dictada en siete de marzo del dos mil veintidos por el Juez Quinto Mercantil del Estado de Aguascalientes, conste de 20 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: nombre de las partes, representantes legales, domicilios y demás datos generales, seguir el listado de datos suprimidos, información que se considera legalmente como confidencial o reservada por actualizarse lo señalado en los supuestos normativos en cita. Conste.