



**JUZGADO DE DISTRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN EL
ESTADO DE NUEVO LEÓN.**

Sentencia definitiva
Juicio Oral Mercantil 58/2024

SENTENCIA DICTADA EN CUMPLIMIENTO A LA EJECUTORIA DEL AMPARO DIRECTO 535/2024.

Monterrey, Nuevo León, a dieciséis de julio de dos mil veintiséis

VISTO, para resolver en sentencia definitiva el **juicio oral mercantil**
58/2024, promovido por ***** ***** ***** ***** en contra de *****

RESULTANDO

PRIMERO. Demanda. El actor promovió demanda en la vía oral mercantil en contra de la demandada, de quien reclamó las prestaciones precisadas en el escrito inicial, con base en los hechos y fundamentos legales que invocó.

SEGUNDO. Admisión, emplazamiento y contestación. La demanda se admitió a trámite. La parte demandada fue emplazada a juicio, quien presentó su contestación, de la cual la parte actora no desahogó la vista correspondiente.

TERCERO. Audiencia preliminar y de juicio. Una vez integrada la litis se procedió a fijar fecha y hora para el desahogo de la audiencia preliminar, en la que se atendió a lo establecido en los artículos 1390 bis 32 a 1390 bis 37 del Código de Comercio. Posteriormente, con apoyo en el numeral 1390 bis 38 del mismo ordenamiento legal, se celebró la audiencia de juicio en la que se desahogaron las pruebas admitidas, con excepción de la prueba testimonial ofertada por la parte demandada, a cargo de *****

*****, con motivo de su inasistencia, por lo que se declaró la desierta dicha prueba. Por tanto, se declaró cerrada la citada etapa, pasándose a la de alegatos, y concluida la misma se declaró visto, y en la reanudación de dicha diligencia, de seis de junio de dos mil veinticuatro, se dictó sentencia definitiva en la que, por una parte, se condenó a la demandada al cumplimiento forzoso del contrato de seguro materia de la controversia, así como al pago de los intereses moratorios, y por otra, se absolvió del pago de daño moral y punitivo reclamados.

CUARTO. Amparo Directo. Inconforme con la anterior determinación, la parte demandada promovió amparo directo, del cual correspondió conocer al Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Cuarto Circuito con el número de expediente ***** , y una vez tramitado el mismo, mediante

**TRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN EL
ESTADO DE NUEVO LEÓN.**

Juicio Oral Mercantil 58/2024

ejecutoria de once de junio de dos mil veintiséis, concedió el amparo solicitado para los efectos siguientes:

(...). Lo anterior es suficiente para conceder el amparo a la parte quejosa, para el efecto de que la autoridad responsable deje insubsistente la sentencia reclamada, y dicte una nueva en la que siguiendo los lineamientos de esta ejecutoria, estudie la demanda, contestación (excepciones) y señale el valor y alcance probatorio de las pruebas; y a su vez, valore de forma conjunta esas circunstancias; resolviendo lo conducente con plenitud de jurisdicción y conforme a derecho. (...).

QUINTO. Sentencia en cumplimiento. En cumplimiento a la ejecutoria emitida por la Superioridad, se dicta la siguiente sentencia:

CONSIDERANDO

PRIMERO. Competencia. Este Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Nuevo León, con residencia en Monterrey, es competente para resolver el presente juicio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 104, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 56, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

SEGUNDO. Procedencia de la vía. La vía oral mercantil elegida por la actora es la apropiada en términos del artículo 1390 Bis del Código de Comercio, toda vez que la contienda de que se trata es de naturaleza mercantil atento a lo previsto por el artículo 75, fracción XVI, del propio código, y no existe limitación de cuantía. Además, la acción ejercitada no tiene señalada tramitación especial en el propio código, y es de cuantía determinada.

TERCERO. Legitimación. Al ser la legitimación de las partes una condición necesaria para la procedencia de la acción, debe analizarse este aspecto de manera preferente, toda vez que constituye un requisito cuya falta impide el nacimiento del ejercicio del derecho de acción y que se pronuncie una sentencia válida.

La parte actora ***** se encuentra legitimada, en términos de lo establecido en el artículo 1056 del Código de Comercio, para promover el presente juicio mercantil oral, pues comparece a efecto de hacer valer un derecho derivado del contrato de póliza de seguro de gastos médicos mayores, que en su carácter de asegurada, que ***** celebró con *****



JUZGADO DE DISTRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

Juicio Oral Mercantil 58/2024

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Relación contractual que se sustenta en la póliza ***** , que obra agregada en autos, a la que se confiere valor probatorio en términos de los artículos 1237 y 1241 del Código de Comercio.

Además, dentro de la audiencia preliminar consta se fijó como hecho no controvertido la existencia de la relación contractual entre las partes derivada de la póliza de seguro.

Por tanto, acreditada también la legitimación pasiva de la demandada ***** , persona moral que tiene a su cargo el cumplimiento de las obligaciones que aquí se demandan, derivadas del contrato de póliza de seguro que celebraron y en el que consta que la parte actora es beneficiaria de la póliza de mérito.

CUARTO. Litis. La materia de la litis en el presente asunto se constriñe a determinar si resulta procedente, o no, condenar a la demandada ***** , al cumplimiento del contrato de póliza de seguro, y el consecuente reembolso de las cantidades erogadas con motivo del siniestro ***** , que ampara la póliza número ***** ; lo anterior, derivado del rechazo de la aseguradora por considerar que en el caso el padecimiento nombrado “colecistectomía” es preexistente a la celebración del contrato.

QUINTO. Estudio de la acción. En principio, cabe destacar que el ordinal 1 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro¹ dispone que, en el contrato de seguro la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño, o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en dicho acuerdo de voluntades.

También debe precisarse que en el contrato de seguro la buena fe que recíprocamente se deben de tener los contratantes cobra una relevancia especial, quizá singular a la de la generalidad de los contratos, según se desprende del espíritu de la Ley sobre el Contrato de Seguro y particularmente de lo que disponen los artículos 7, 8 y 47².

¹ **Artículo 1°.-** Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.
² **Artículo 7°.-** Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. Las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato.
Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Juicio Oral Mercantil 58/2024

El treinta de agosto de dos mil veintitrés, realizó la solicitud de reembolso, que adjuntó a su escrito de demanda. La aseguradora el veintiocho de noviembre de dos mil veintitrés, pidió información a la parte actora dentro del proceso de reembolso, para finalmente emitir la carta de



(...) Por medio de la presente, nos permitimos comunicarle que derivado del estudio minucioso de su reclamo, así como de los hechos y manifestaciones que nos proporcionó, estamos DECLINANDO la reclamación presentada a esta compañía, lo anterior, ya que de acuerdo con la información proporcionada encontramos que el padecimiento COLECISTECTOMIA DE HACE 20 AÑOS es PREEXISTENTE a la celebración del contrato, lo anterior de conformidad a lo estipulado a las condiciones generales contratadas en su póliza Numerales 7 Inciso A, que a la letra refiere:

7. Exclusiones

Esta póliza no cubre gastos erogados como consecuencia de:

A. Padecimientos preexistentes (...).” (Lo destacado es propio)

En ese contexto, el actor para justificar su acción debe acreditar como elementos los siguientes:

- 1.- La existencia de la relación contractual, derivada de un contrato de seguro celebrado entre las partes;
- 2.- La realización del siniestro amparado por la póliza durante la vigencia del contrato; y,
- 3.- El incumplimiento por parte de la enjuiciada a las obligaciones que contrajo con la parte enjuiciante o falta de pago.

El **primero de los elementos de la acción**, consistente en la existencia de una relación contractual entre las partes en este juicio, quedó acreditado, ello en atención a que dentro de la audiencia preliminar se aceptó como un hecho no controvertido la existencia de la relación contractual entre las partes con motivo de la emisión de la póliza de seguro objeto del presente juicio, así como también, que la actora es beneficiaria de la póliza de mérito, póliza cuya vigencia es del quince de marzo de dos mil veintitrés al quince de marzo de dos mil veinticuatro.

De lo anterior, se evidencia el vínculo jurídico existente entre las partes y las obligaciones respectivas.

Con relación al **segundo de los elementos** de la acción primeramente, consistente en la realización del siniestro amparado por la póliza durante la vigencia del contrato, se encuentra acreditado en autos.

Lo anterior, porque en la audiencia preliminar, se tuvo como **hechos no controvertidos**, el padecimiento diagnosticado a la actora y la notificación de la carta por la cual se declinó su reclamo; todo lo cual evidencia que el

LAURA LOPEZ PALACIOS
706a662063a66330000000000000000010378
11/03/27 15:30:58

Juicio Oral Mercantil 58/2024



Juicio Oral Mercantil 58/2024

Y, administradas entre sí, acreditan efectivamente que, a *****
 ***** ***** , le fue diagnosticada en veinticinco de junio de dos mil
 veintitrés (fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza *****)
 por el doctor ***** , una coledocolitiasis de neoformación
 resuelta, de la cual fue intervenida quirúrgicamente durante la vigencia de la
 póliza que nos ocupa. ■ ■

Por lo anterior, es que se tenga por actualizado el **segundo** de los elementos en estudio.

Por otra parte, por lo que hace al **tercero de los elementos** de la acción, esto es, el incumplimiento de pago de las sumas aseguradas, también se encuentra acreditado.

Se estima de esa manera, toda vez que se fijó como hecho no controvertido la notificación a la actora de la carta por la cual la aseguradora declinó el pago de la póliza en fecha veintiocho de noviembre de dos mil veintitrés.

En las relatadas consideraciones, se concluye que la accionante en términos de lo previsto en el artículo 1194 del Código de Comercio, acreditó plenamente que la demandada no dio cumplimiento al contrato de seguro que dio origen a la póliza *****.

Ahora bien, abordados los elementos de la acción y antes de hacer declaratoria sobre la procedencia de la acción, se procede al análisis de las excepciones opuestas por la aseguradora.

SEXTO. Estudio de las excepciones y defensas. Ahora, en cumplimiento a la ejecutoria de once de junio de dos mil veintiséis, emitida por el Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Cuarto Circuito, se procede a examinar las excepciones hechas valer en el escrito de contestación de la parte demandada:

Del análisis exhaustivo del escrito de contestación, se advierte que la parte demandada opuso como defensa la existencia de una causal de exclusión, a saber, el padecimiento preexistente no declarado. Por ende, se procederá a su estudio.

En el contrato de seguro existen deberes recíprocos de información, sustentados en las reglas de convivencia y de solidaridad social; deber de información recíproco que nace como una manifestación de la buena fe

Así, con el objeto de evitar errores y como regla sustancial en la formación de un contrato de seguro, las condiciones deben ser claras para no incurrir en inexactitudes sobre circunstancias que, de haber sido informadas correctamente, habrían obstado a la celebración del contrato o, de haberse suscrito, lo habría sido con un contenido diverso.

Deber de información que encuentra su justificación en la necesidad de establecer un equilibrio desde el inicio mismo de los tratos precontractuales, porque la naturaleza del contrato de seguro es notablemente económica, ya que los entes que, en forma general, participan en él, no se encuentran en el mismo plano de igualdad, máxime cuando la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros faculta a las aseguradoras para utilizar contratos de adhesión, por virtud de lo cual, los asegurados no tienen posibilidad alguna de cuestionar los términos de un contrato de seguro, que al ser de adhesión simplemente se suscribe o no.

Es ilustrativa: CONTRATO DE SEGURO. ANTE INEXACTITUDES EN LA PÓLIZA, SUS CLÁUSULAS DEBEN INTERPRETARSE EN FAVOR DEL ASEGURADO.⁵

8



En el caso concreto, mediante solicitud de treinta de agosto de dos mil veintitrés, ***** solicitó a *****

 , el reembolso de la cantidad de \$ *****
 ***** moneda nacional), con motivo de un
 tratamiento quirúrgico al que fue sometida, por una **coledocolitiasis de neoformación**.

En ese sentido, pese a que la actora solicitó el reembolso a la asegurada con motivo de la realización del siniestro, aquélla negó el pago del reembolso, como consta en la carta de rechazo, de veintiocho de noviembre de dos mil veintitrés, en la que la negativa, se basó en lo siguiente:

Por medio de la presente, nos permitimos comunicarle que derivado del estudio minucioso de su reclamo, así como de los hechos y manifestaciones que nos proporcionó, estamos DECLINANDO la reclamación presentada a esta compañía, lo anterior, ya que de acuerdo con la información proporcionada que el padecimiento COLECISTECTOMIA DE HACE 20 AÑOS es PREEXISTENTE a la celebración del contrato, lo anterior de conformidad a lo estipulado a las condiciones generales contratadas en su póliza numerales 7 Inciso A, que a la letra refiere:

7. Exclusiones

Esta póliza no cubre gastos erogados como consecuencia de:

A. Padecimientos preexistentes

En virtud de lo anteriormente expuesto, le informamos que en lo sucesivo **todos los tratamientos y, manifestaciones secundarias** a los diagnósticos antes señalados no serán cubiertos al amparo de la póliza citada al rubro.

Como se ve, la aseguradora demandada invocó como causa de exclusión en términos de la póliza contratada, la existencia de un padecimiento preexistente, lo que a su juicio torna improcedente la reclamación del siniestro demandado.

Luego, para determinar si resulta fundada o no la defensa propuesta por la aseguradora, deben tenerse en cuenta las condiciones contratadas.

En el caso, en las condiciones generales del contrato de seguro, del que deriva la póliza ***** , se establece, en el apartado de definiciones, lo que debe entenderse por padecimiento preexistente:

1. Definiciones (...)

PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Se considerará preexistente, cualquier padecimiento que cumpla con los siguientes puntos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un

LAURA LOPEZ PALACIOS
706a6620636a66330000000000000000010378
11/03/27 15:30:58

Cuando la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o



Juicio Oral Mercantil 58/2024

Por consiguiente, 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, con motivo de alguna excluyente, es claro que a ésta le corresponde la carga de demostrarla.

Es ilustrativa: **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.**⁶

Para justificar su excepción, *****
ofreció y le fueron admitidas como pruebas de su intención:

1. Copia certificada del instrumento notarial número *****

(de diecinueve de abril de dos mil veintiuno, otorgada ante fe del notario público número 247 (doscientos cuarenta y siete) con ejercicio en la Ciudad de México, certificada por diverso notario número 19 (diecinueve), con ejercicio en esta ciudad, relativo al otorgamiento de poderes efectuado por la moral demandada.
2. Confesional a cargo de *****.
3. Copia simple de póliza *****

, a nombre de *****

, y condiciones generales.
4. Copia simple del informe médico a nombre de *****
*****.
5. Copia simple del escrito dirigido a *****
de 28 de noviembre de 2023, por parte de *****

, siniestros accidentes y enfermedades, mediante el cual se determina como improcedente el reclamo de la parte actora por preexistencia del padecimiento desde hace 20 años.
6. Ratificación de documento y/o testimonial a cargo del doctor *****

, a fin de que ratifique el dictamen médico realizado a *****.

⁶ Registro digital 2023798 Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Undécima Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.11o.C. J/1 C (11a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 7, Noviembre de 2021, Tomo IV, página 3238, Jurisprudencia.

LAURA LOPEZ PALACIOS
706a6620636a66330000000000000000010378
11/03/27 15:30:58

Juicio Oral Mercantil 58/2024

Que diga si es cierto o no que usted no manifestó tener colecistectomía al momento de la contratación
(El formato único del conocimiento del cliente no se admitió como prueba).



Juicio Oral Mercantil 58/2024

Si manifestó o no manifestó al momento de la contratación que tenía un padecimiento de hace más de 20 años.
Es que yo no llené el cuestionario
Pero quien lo contrato tiene que haberlo realizado.
Me supongo que sí, pero yo nunca niego las enfermedades que tuve.

Por último, por lo que hace a la prueba relativa a la copia simple del informe médico a nombre de ***** ***** ***** ***** , de veinticinco de junio de dos mil veintitrés, signado por el doctor ***** ***** ***** , relativo a la persona de la parte actora, con un diagnóstico final de coledocolitiasis de neoformación resuelta, si bien no fue objetado por las partes, éste no es la prueba idónea para demostrar el padecimiento preexiste que justifica la exclusión alegada por ***** ***** ***** ***** para declinar el reembolso solicitado por la parte actora.

Lo anterior se así, ya que, para demostrar la referida preexistencia, era necesaria la existencia de una prueba pericial, ya que del contenido del artículo 1252 del Código de Comercio, en su tercer párrafo, dispone que:

La prueba pericial sólo será admisible cuando se requieran conocimientos especiales de la ciencia, arte, técnica, oficio o industria de que se trate, más no en lo relativo a conocimientos generales que la ley presupone como necesarios en los jueces, por lo que se desecharán de oficio aquellas periciales que se ofrezcan por las partes para ese tipo de conocimientos, o que se encuentren acreditadas en autos con otras pruebas, o tan sólo se refieran a simples operaciones aritméticas o similares.

Lo anterior ya que, en el caso la prueba pericial es la idónea para demostrar el extremo que pretende la parte demandada, pues tratándose de cuestiones técnicas, ésta debe apoyarse en el dictamen emitido por los peritos, pues la esencia de esta probanza permite resolver en conciencia y con fundamento lógico y jurídico, ya que el juzgador es indolito en asuntos científicos y no cuenta con argumentos propios que permitan afirmar que en el caso el padecimiento de la parte actora, es como consecuencia del padecimiento señalado como preexistente en el informe médico.

Lo anterior ya que, la peritación, es una actividad procesal desarrollada en virtud de encargo judicial, por personas distintas de las partes



Lo anterior, puesto que en el escrito inicial se deben precisar de manera inequívoca los hechos que la motivan, relacionado los documentos adjuntos (base de la acción).

Aunado a que nada expresa para la valuación conforme al contrato y condiciones generales.

Señala que no existe narrativa que forme parte de los hechos tocante a la demostración de los gastos erogados, ni su cuantificación conforme al contrato, aunado a que la accionante omite citar a terceros, como tampoco acredita los pagos realizados, además que debió especificar las fechas en que efectuó los pagos de las primas, las cantidades por las que los efectuó y los períodos que corresponden, indicar cuáles son los comprobantes de pago y referir cómo cumple con su parte del contrato.

Sostiene que la parte actora fue omisa en narrar los hechos para la determinación de los daños, así como tampoco ofrece pruebas para tal efecto, a fin de estar en condiciones de refutarlas, y oponer excepciones y defensas, por lo que no se demuestran los daños que pretende, además de que las cantidades reclamadas no se encuentran contempladas en la póliza de seguro, al existir una preexistencia no declarada por más de veinte años.

Por tanto, concluye que la omisión de los requisitos antes enunciados, afecta la procedencia de la acción, y por el contrario, hace procedente la excepción opuesta; además de que se cometen graves violaciones al procedimiento y a los intereses de la aseguradora demandada.

Deviene por una parte infundada y por otra improcedente la excepción en estudio.

En cuanto a lo infundado de sus argumentos, y contrario a lo que sostiene la parte demandada, de la narrativa de los hechos del escrito de demanda se advierte con claridad la situación fáctica y temporalidad en la que la parte actora sustenta su reclamo, esto es, la realización del siniestro amparado por la póliza de seguro que se encuentra contratada con la

Circunstancia de la que la parte demandada estuvo en aptitud de preparar su defensa a través de la formulación de escrito de contestación, y ofrecer las pruebas que estimara pertinentes, lo cual en el caso sí aconteció; de ahí lo infundado de las excepciones en estudio.

Circunstancia la anterior que en el caso no acontece, puesto que la aseguradora demandada únicamente se limita a señalar de manera genérica que la accionante se encontraba obligada a narrar la información relativa a ello, sin oponer realmente la excepción respectiva.

Ahora, en cuanto a los argumentos esbozados relativos a que la parte actora no expresa para la valuación conforme al contrato y condiciones generales, al respecto resultan improcedentes, puesto que la parte demandada no precisa qué valuación debió formularse de acuerdo con la póliza de seguro y condiciones.

De igual manera resultan improcedentes los argumentos relativos a que su contraria omite citar a terceros, puesto que los formula de manera genérica sin precisar a quiénes y para qué efectos debían llamarse, por parte de la actora.



Ahora, por lo que hace a los argumentos relativos a la prestación de los daños reclamados, los mismos serán analizados en el apartado correspondiente a esa prestación.

3. Excepción de preclusión. La misma descansa en el argumento de preclusión de los derechos de la parte actora, que no podrá corregir o variar los hechos de su demanda, aportar documentos sin que se hubiesen expuesto al inicio de la demanda y en los hechos sujetos a la litis, en razón de la inmutabilidad del escrito inicial una vez efectuado el emplazamiento. De ahí que al ser omisa en adjuntar los documentos que justifiquen los montos que pretende y que con las mismas se dé certeza jurídica a sus hechos, por tanto, no podrá allegarlos con posterioridad.

Al respecto, cita la jurisprudencia de rubro: DEMANDA O CONTESTACIÓN. SU DEFICIENCIA NO PUEDE SER SUBSANADA POR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS APORTADAS EN EL JUICIO.

Se califica de infundada la excepción en estudio, ya que en principio, de las constancias que obran en el presente asunto, no se advierte que la parte actora haya pretendido variar los hechos de su escrito inicial de demanda. Además, de la narrativa de las prestaciones y hechos descritos en escrito inicial se observa la pretensión del reembolso con motivo de los gastos erogados derivados del procedimiento quirúrgico a que fue sometida, y que originaron las facturas cuyo pago plantea a cargo de su contraria, documentos que fueron allegados como base de su acción. De ahí que no le resulta aplicable el criterio invocado.

Con la precisión de que si bien, mediante audiencia preliminar del nueve de abril de dos mil veinticuatro, se admitió la prueba ofertada por la accionante, consistente en la copia simple de carta recibo de veintiocho de junio de dos mil veintitrés, lo cierto es que ello fue en su calidad de superveniente, toda vez que su oferente, en ocurno de uno de abril de dos mil veinticuatro, manifestó bajo protesta de decir verdad que no era de su conocimiento, razón por la cual no fue allegada al escrito de demanda, pues en ningún momento le fue entregada, sino al Agente de Seguros que tramitó la póliza. Probanza que resultaba admisible con fundamento en el artículo 1390 bis 49 del Código de Comercio.

4. Excepción sine actione agis. En la cual señala el derecho ejercido por la parte actora y, por consiguiente, arrojarle la carga probatoria, a fin de justificar sus afirmaciones.

5. Excepción de proporcionalidad, disminución de la obligación o plus petitio y de extinción. La cual hace consistir en que se deben colmar los requisitos legales de legitimación y de procedibilidad, así como de determinación de responsabilidad y cuantificación, de ahí que se niega la procedencia del juicio en los términos de la demanda. Sin embargo, para el supuesto de que se declare procedente, la única obligación de la demandada es la que resulte de la póliza de seguro, siempre y cuando se justifique:

- Por otro lado, argumenta que, conforme a la póliza materia de la litis, existe una cobertura elemental en la que se pagaría por lo menos el deducible y el coaseguro, por lo que se deberá considerar que el importe a pagar no es de manera automática, sino que debe demostrarse la existencia, exigibilidad, responsabilidad y cuantificación legal, y que no se encuentra demostrada de acuerdo a la citada póliza y conforme a lo establecido en el artículo 92, y demás relativos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De ahí que el pago pretendido no fue contratado por la póliza de seguro, por lo que no existe cantidad líquida alguna para demandar por esta vía a la aseguradora demandada.

Al respecto, por lo que hace a los primeros argumentos, resultan infundados, en razón de que, como se estudió en el considerando previo, la parte actora se encontraba obligada a demostrar, y que en el caso acreditó, la relación contractual con motivo de la emisión de la póliza emitida por la demandada, la realización del siniestro así como la notificación del mismo a la demandada, conforme a los hechos expuestos en el escrito inicial.

Además, en cuanto a la inexistencia de prescripción de la acción, es importante destacar que, de conformidad con el artículo 1327 del Código de Comercio, en las sentencias se abordarán exclusivamente de las acciones deducidas y de las excepciones opuestas, puesto que el estudio de la figura



Resulta ilustrativa la tesis aislada emitida por la extinta Tercera Sala del Alto Tribunal, de rubro: PRESCRIPCION EN MATERIA MERCANTIL.

Ahora, en cuanto a los diversos argumentos en los que refiere que, conforme a la póliza materia de la litis, existe una cobertura elemental en la que se debe cubrir por lo menos el deducible y el coaseguro, y que éstos deben considerarse que el importe a pagar no es de manera automática, sino que debe demostrarse la existencia, exigibilidad, responsabilidad y cuantificación legal, y que no se encuentra demostrada de acuerdo a la citada póliza y conforme a lo establecido en el artículo 92, y demás relativos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Además, que pago reclamado no fue contratado por la póliza de seguro, por lo que no existe cantidad líquida alguna para demandar por esta vía a la aseguradora demandada.

Al respecto, dichos argumentos serán abordados en el apartado correspondiente a la declaración de procedencia de la acción.

6. Excepción de falta de acción y carencia de derecho para declarar la procedencia de las prestaciones. La cual de manera toral versa en que, las pretensiones no tienen sustento en los hechos, pues no existe alguno en el que se desarrollen con base en qué debe pagarse la indemnización moratoria.

Siendo aplicable las jurisprudencias de rubro DEMANDA EN EL JUICIO EJECUTIVO MERCANTIL. LA OBLIGACIÓN DE EXPRESAR EN EL APARTADO CORRESPONDIENTE LOS HECHOS FUNDATORIOS DE LA RECLAMACIÓN DE INTERESES MORATORIOS, SE INCUMPLE CUANDO RESPECTO DE ÉSTOS EL ACTOR NO SEÑALA EL HECHO RELATIVO AUN CUANDO EXHIBA JUNTO A LA DEMANDA EL PAGARÉ QUE LOS CONTIENE; y DEMANDA O CONTESTACIÓN. SU DEFICIENCIA NO PUEDE SER SUBSANADA POR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS APORTADAS EN EL JUICIO.

Se califica de infundada la excepción materia de análisis, puesto que, de la lectura del escrito inicial de demanda se observa que la parte demandada solicita el pago de dicha prestación, con fundamento en el artículo 271 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el cual prevé que si la institución de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora.

Dichos argumentos devienen infundados, en principio porque de la lectura del escrito inicial se observa que la parte actora sí fundamentó en los hechos relatados las prestaciones que reclama, esto es, que con motivo del siniestro realizado, el cual se encuentra amparado por la póliza de seguro celebrada con la demandada y de la que es asegurada, solicita de su contraria el reembolso de los gastos erogados por el tratamiento quirúrgico al que se sometió y que para tal efecto allegó las facturas que sustentan los montos que reclama.



**JUZGADO DE DISTRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN EL
ESTADO DE NUEVO LEÓN.**

Juicio Oral Mercantil 58/2024

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Ahora, en cuanto a la preexistencia no declarada, la aseguradora demandada parte de una premisa errónea, ya que, conforme al considerando que antecede, la aludida preexistencia no se acreditó, de ahí que no le es aplicable el referido artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por otra parte, a fin de atender el principio de exhaustividad que debe regir en toda resolución, se procede a analizar el material probatorio aportado por la parte demandada.

Documentales:

1.- Copia certificada del instrumento notarial número *****
***** ** ***** *****), de diecinueve de abril de dos
mil veintiuno, otorgada ante fe del notario público número 247
(doscientos cuarenta y siete) con ejercicio en la Ciudad de México;
documental que cuenta con valor probatorio en términos del artículo
1237 del Código de Comercio, sin embargo, con el mismo únicamente
se demuestra el otorgamiento del poderes efectuado por la moral
demandada en favor de quien compareció en su representación al
presente juicio.

3.- Copia simple de póliza ***** , a nombre de *****
 ***** ***** , y condiciones generales.

4.- Copia simple del informe médico a nombre de ***** *****
***** *****

5.- Copia simple del escrito dirigido a ***** de veintiocho de noviembre de dos mil veintitrés, por parte de la aseguradora demandada, siniestros accidentes y enfermedades, mediante el cual se determina como improcedente el reclamo de la parte actora por preexistencia del padecimiento desde hace veinte años.

De dichas documentales cuentan con valor indiciario de la existencia de las mismas, sin embargo, ello resulta insuficiente para tener por acreditadas las excepciones opuestas por la parte demandada.

Asimismo, del desahogo de la prueba confesional ofertada por la demandada, a cargo de la parte actora, si bien la misma cuenta con valor probatorio conforme al artículo que tiene valor probatorio pleno de conformidad con los artículos 1212, 1287, fracción IV y 1289 en relación con el diverso 1390 bis 41, del Código de Comercio; solo tiene la eficacia demostrativa de que ella no llenó la solicitud para la póliza de seguros, sino su esposo; que su médico tratante fue el doctor *****; que no

Por su parte, la ratificación del dictamen médico y/o testimonial a cargo del doctor ***** , en nada beneficia a la aseguradora demandada, ya que la misma se declaró desierta ante la incomparecencia del referido médico.

Por lo que hace a la instrumental de actuaciones, las mismas cuentan con valor probatorio pleno en términos del numeral 1294 del Código de Comercio; empero, no le arrojan beneficio alguno a la parte demandada, ya que no se advierte actuación alguna diversa a las ya analizadas tendiente a demostrar las excepciones y defensas planteadas por ésta.

Al no existir diverso material probatorio pendiente de análisis, se procede a hacer la declaratoria de fondo del asunto.

Se condena a la parte demandada ***** ,
al cumplimiento del contrato de seguro que dio origen a la póliza
***** , a favor de la parte actora.

22



Al respecto, resulta parcialmente fundada la excepción en estudio ya que, de acuerdo a las definiciones de las condiciones generales, se observa que la cobertura elemental es la cobertura básica establecida en las secciones 4. Gastos médicos cubiertos y 5. Gastos Médicos cubiertos con período de espera de esas condiciones.

A saber, conforme al numeral 4, los gastos médicos cubiertos comprenden lo siguiente:

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de padecimientos cubiertos, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, ***** pagará los gastos de acuerdo a los términos establecidos en la sección 6. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado de los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en las presentes condiciones generales.

De igual manera, de la póliza contratada se advierte como cobertura amparada la elemental, gastos hospitalarios, honorarios médicos, entre otros; misma que comprende los conceptos de deducible, coaseguro y tope de coaseguro.

En ese orden de ideas, contrario a lo que sostiene la demandada, los conceptos reclamados vía reembolso por la parte actora, sí se encuentran contemplados en la cobertura de la póliza materia de la litis; sin que en el caso sea aplicable el artículo 92 de la Ley del Contrato de Seguros, ya que el mismo se encuentra dentro del capítulo de seguro contra daños, entendiéndose por esto los daños causados ante una eventualidad respecto de una cosa; lo cual en el caso no acontece al ser una póliza de seguro de gastos médicos mayores la materia de controversia.

En consecuencia, se **condena** a la parte demandada *****
***** , a pagar a ***** , las cantidades
erogadas con motivo del siniestro reclamado, conforme a las facturas
exhibidas en el presente juicio.

En la inteligencia que por dicha indemnización la parte actora *****
***** ***** ***** deberá realizar el pago del deducible y coaseguros que
correspondan conforme a lo establecido para tal efecto en la póliza

Ahora, no obstante que la parte actora sí formuló los hechos en los que fundamenta su prestación, lo cierto es que en el caso, ello resulta insuficiente para tener por acreditada la prestación de daño moral reclamada, ya que únicamente se limitó a referir un daño psicológico causado por rechazo de la aseguradora a cubrir el gasto generado y afectación en la psique al considerar



que tendría que recurrir en un endeudamiento para solventarlo, circunstancias que de acuerdo a lo relatado, a juicio de esta autoridad no generan un impacto tal para tener por presumido el daño que refiere la actora, pues no brinda más elementos en su narrativa para tal efecto.

De ahí que al no acreditarse un daño moral, en el caso tampoco se acredita un daño punitivo, que permita valorar la intensidad de la gravedad de la conducta de la demandada y el grado de reprochabilidad en su actuar.

Resulta aplicable, por las consideraciones en ella vertidas, la jurisprudencia emitida por la Primera Sala del Alto Tribunal, de rubro DAÑOS PUNITIVOS. SU PROCEDENCIA ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO DE SEGURO RELACIONADO CON EL DERECHO A LA VIDA, A LA INTEGRIDAD O A LA SALUD.⁸

Por los motivos expuestos, se **absuelve** a la parte demandada del pago por daño moral y daños punitivos reclamados.

NOVENO. Indemnización por mora. La parte actora solicita el pago de dicho concepto, contemplado en la fracción I del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

La prestación en estudio resulta procedente, toda vez que el referido precepto legal es claro en establecer que, si una Institución de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora en los términos ahí previstos.

Siendo que en el caso que nos ocupa la indemnización se hizo exigible el día treinta de agosto de dos mil veintitrés (conforme a la solicitud de reembolso), en virtud de que se hizo del conocimiento de la aseguradora ese mismo día, por lo que es a partir de esa fecha que la compañía aseguradora estuvo en aptitud de cumplir con su obligación de indemnización emanada del contrato de seguro, sin haberlo hecho así, por no aceptar su responsabilidad.

Prestaciones que deberán cuantificarse mediante el incidente de liquidación respectivo, en la etapa de ejecución de sentencia.

Al respecto, resulta aplicable por analogía, la tesis I.11o.C.164 C del Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible

⁸ Visible en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 51, Julio de 2025, Tomo I, Volumen 1, página 199, con número de registro 2030683.

Juicio Oral Mercantil 58/2024



De ahí que cada parte deberá soportar las que hubiere erogado con el trámite del presente juicio.

Cobra aplicación a lo anterior, la tesis número XXVII.3o.28 C (10a.), publicada la página 2050, Tomo III, Febrero de 2016, del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, de rubro: “COSTAS EN LOS JUICIOS ORALES MERCANTILES. NO PROCEDE SU CONDENA EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1084, FRACCIÓN III, DEL CÓDIGO DE COMERCIO”.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, y con apoyo en lo dispuesto en los artículos 1321, 1322, 1324, 1325, 1327, 1328, 1329, 1390 Bis 38 y 1390 Bis 39 del Código de Comercio, se resuelve:

RESUELVE

PRIMERO. Se declara **fundado** el presente juicio oral mercantil tramitado bajo el expediente judicial 58/2024.

SEGUNDO. Se condena a la parte demandada *****

 , al cumplimiento del contrato de seguro que dio origen a la
 póliza *****
 , a favor de la parte actora.

TERCERO. Se condena a la parte demandada *****

 , a pagar a *****
 , las cantidades
 erogadas con motivo del siniestro reclamado, conforme a las facturas
 exhibidas en el presente juicio.

En la inteligencia que por dicha indemnización la parte actora *****
***** ***** ***** deberá realizar el pago del deducible y coaseguros que
correspondan conforme a lo establecido para tal efecto en la póliza
*****. Con la precisión de que el procedimiento de ejecución se
regulará conforme a lo establecido en el artículo 277 de la Ley de Instituciones
de Seguros y Fianzas.

CUARTO. Se absuelve a la parte demandada del pago por daño moral y daños punitivos reclamados, por las consideraciones expuestas en el presente fallo.

LAURA LOPEZ PALACIOS
706a6620636a66330000000000000000010378
11/03/27 15:30:58



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado:

161172554_4564000034481751011.p7m

Autoridad Certificadora:

Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal

Firmante(s): 2

FIRMANTE				
Nombre:	LAURA LOPEZ PALACIOS		Validez:	BIEN Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.01.03.78		Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:39:47 - 16/07/26 20:39:47		Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	32 28 8e de 59 af c9 16 c3 11 54 bb 48 3e f5 85 3d f9 ad fc 48 81 08 9e 60 a6 dc 76 c4 00 10 ff a3 e1 7c ed 96 18 8b 5b 0b 4c 72 9c 9e 69 19 5d 61 76 d5 7d 1c 21 fb b3 9f 71 b1 0a ac 65 67 f5 bf be 05 0a c5 37 51 e7 53 4f 68 44 61 13 d5 5e 03 33 18 d8 96 03 e6 5d fd 1a 67 1f a7 db 6a 84 ee df 3a 31 00 72 15 70 30 4d bd cb 97 5e bf 6f 73 c2 61 32 69 9a 7a d5 ad 12 32 6c d9 6c e7 0d 2c ef 08 e4 57 04 c3 81 8d 81 bb f4 49 f7 84 49 02 22 f3 1b 23 56 88 48 ec 32 31 03 d0 67 16 46 c0 bd fe b7 4c 97 9e 45 75 65 95 97 50 9e 8b 46 2f 1d 67 62 f6 e5 58 1e df b0 cf b8 1b 5f b2 e4 e3 82 bd 23 eb 74 96 a5 60 a8 24 92 13 f6 75 e7 60 a5 0f 50 eb 00 1f 35 10 b1 3c d6 fd 37 8c 27 54 65 f0 eb 5c f0 c2 85 af c2 78 04 9b 42 5b 49 bf 14 ea 2f 6b a3 d8 5b ff a0 61 bb a9 89 38 7b 7f 5a e8 95 e7 85 5f 12 11 3c d3 84 e2 c9 6a 07 2c ca 5d c8 9d f5 c1 38 42 08 d5 ce b0 2f 34 58 fa 29 a8 57 39 c2 01 ec 9d 04 c1 c1 31 b6 6d d8 ba 57 fc 77 e4 6e f5 48 e1 3e 13 e8 de 33 bb 19 04 6c 50 75 70 de 78 50 de 85 eb 8f 86 e8 bf 50 3e ca b1 56 0f 90 e1 66 ce a4 bc c7 91 4e 90 a8 2e 5e cc 67 01 1c 23 6f 31 a8 15 78 fc 30 f7 6d 9c 61 ba c9 59 75 54 e7 b7 9d 3e 61 d3 2f b4 90			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:39:47 - 16/07/26 20:39:47			
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.01.03.78			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:39:52 - 16/07/26 20:39:52			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Identificador de la respuesta TSP:	183189855			
Datos estampillados:	d3U1ZvNwA6mxnnMrpHd0z0UhXg=			



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE				
Nombre:	NORMA ARACELY CAZARES ROCHA		Validez:	BIEN Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.45.3f		Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:44:12 - 16/07/26 20:44:12		Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	64 47 f0 76 a3 fb 54 5b b0 7c 84 7f c0 4a b1 e1 e1 3c f9 e1 73 0a ef 8a 57 66 cb 38 80 ea 41 cc 8d c4 6c 99 c1 78 79 dd 74 b5 c9 ad c7 14 b4 10 f4 1a 91 18 8f c7 38 d8 3d 43 6a bf d4 50 56 43 f4 f9 77 74 0b e0 dc 99 00 9a 2a fe 40 f2 e3 31 22 fe 09 e5 a3 8f 36 11 f8 7b 0c 00 d8 55 07 a9 cf b3 94 59 e0 af a4 ad 8c 82 c5 e0 a3 6b 2d 39 fa 5e 40 8e 9f 66 d5 df 00 e6 2f aa 61 43 b5 03 86 57 11 c5 35 9d 29 41 43 40 c6 0f 14 57 99 ff 1d 3c ff 7a e8 18 c4 d5 7e 0e ac b5 7c 0b 89 3f c5 fb e4 61 36 6e b2 8e 2c b2 35 2e da 79 13 75 a1 19 b7 fa b0 d1 94 16 2a 4a 62 2a a5 4e 63 d7 db ea f9 fc 8a 75 9f 83 e0 92 63 fb 51 8c 23 e9 ab 0f de 14 70 a0 3e 98 a0 26 b4 64 05 dc af 2d ea 24 da bf af 48 26 41 0c 22 33 c3 da f2 cd cf da 29 7d 5c e2 9b 00 3c 82 7a 8f 54 2a d3 c4 6b ce 13 04 91 ee 37 8e 85 36 4e 2d 89 5a 0b 76 62 45 60 a1 d2 b6 02 c7 ad 2d 5f cf d1 bd bf 71 14 7f 51 7b a8 be 66 34 8e b0 2b e1 26 8b cb f4 46 f3 34 38 ec 58 3b b5 12 37 2b bb c6 7e fb d6 38 d2 3b d6 ed 82 53 92 a0 1a 31 5f 6d 74 67 02 a9 fd 03 08 9b e4 91 52 8e ba cf 4e a1 49 0d 99 a9 70 8d c8 0c 3e 56 f4 74 1d 78 d8 69 42 be dc 98 6d b7 06 f3 a0 66 28 87 d7 7f 4a 43 02 3a f2 7c			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:44:13 - 16/07/26 20:44:13			
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.45.3f			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	17/07/26 02:44:13 - 16/07/26 20:44:13			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Identificador de la respuesta TSP:	183190653			
Datos estampillados:	mUJuZoasn+XeSX2MMI7mJv8Gf/c=			

El dieciseis de julio de dos mil veintiseis, la licenciada Laura López Palacios, Secretario(a), con adscripción en el Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Nuevo León, con residencia en Monterrey, hago constar y certifico que en esta versión pública no existe información clasificada como confidencial o reservada en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Conste.