



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Zapopan, Jalisco, veintiuno de octubre de dos mil veinticinco.

Vistos para dictar sentencia en los autos del **juicio oral mercantil 205/2025-V** promovido por *****
*****, en contra de *******, Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero *****.**

RESULTANDO:

PRIMERO. Presentación de la demanda.

Mediante escrito presentado en el Portal de Servicios en Línea del Poder Judicial de la Federación, el once de mayo de dos mil veinticinco, turnado por la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en Materias, Civil en el Estado de Jalisco, con residencia en Zapopan, el doce siguiente; *****
*****, en su carácter de apoderado general para pleitos y cobranzas de *****; promovió el presente juicio en la **vía mercantil oral**, en contra de *******, Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero *****.**

SEGUNDO. Trámite del juicio.

Por auto de quince de mayo de dos mil veinticinco, se admitió a trámite la demanda.

El emplazamiento del enjuiciado se llevó a cabo el tres de junio de dos mil veinticinco, en los términos que se advierten del acta y cédula relativas.

Por escrito presentado el trece de junio de dos mil veinticinco, *******, Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero *****;** por conducto de su

apoderado *****; contestó la demanda presentada en su contra, ofreció pruebas y opuso las excepciones y defensas que estimó pertinentes; ocuso que se proveyó de conformidad en auto de diecisiete de junio siguiente, en el que se dio vista al accionante para que manifestara lo que a su interés legal conviniera.

En auto de diecinueve de junio de dos mil veinticinco, se tuvo a la parte actora desahogando la vista aludida y se señaló fecha para el desahogo de la audiencia preliminar.

TERCERO. Audiencia preliminar.

El treinta y uno de julio de dos mil veinticinco, se llevó a cabo el desahogo de la audiencia preliminar, señalada para las diez horas con treinta minutos, con la asistencia de ambas partes.

La audiencia se llevó a cabo en los términos que se advierten del acta que recayó a la misma y de la videograbación relativa.

CUARTO. Audiencia del juicio.

El veintiséis de noviembre de dos mil veinticuatro, tuvo verificativo la primera parte de la audiencia del juicio, programada para las doce horas con treinta minutos, con la asistencia de ambas partes, en los términos que se advierten del acta que recayó a la misma y de la videograbación relativa.

QUINTO. Reanudación de la audiencia del juicio.

El veintiuno de octubre de dos mil veinticinco, tuvo verificativo la reanudación de la audiencia del juicio, programada para las doce horas con treinta minutos, sin la

Toda vez que, de conformidad con lo establecido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la procedencia de la vía es un presupuesto procesal de orden público, que debe analizarse antes de resolver el fondo de la cuestión planteada, se procede a analizar la misma.

Tiene aplicación a lo anterior, la jurisprudencia 1a./J. 25/2005, localizable con el registro digital: 178665, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Novena Época, Materias(s): Común, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXI, abril de 2005, página 576, que establece:

“PROCEDENCIA DE LA VÍA. ES UN PRESUPUESTO PROCESAL QUE DEBE ESTUDIARSE DE OFICIO ANTES DE RESOLVER EL FONDO DE LA CUESTIÓN PLANTEADA.

El derecho a la tutela jurisdiccional establecido por el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no es ilimitado, sino que está restringido por diversas condiciones y plazos utilizados para garantizar la seguridad jurídica. Así, las leyes procesales determinan cuál es la vía en que debe intentarse cada acción, por lo cual, la prosecución de un juicio en la forma establecida por aquéllas tiene el carácter de presupuesto procesal que debe atenderse previamente a la decisión de fondo, porque el análisis de las acciones sólo puede llevarse a efecto si el juicio, en la vía escogida por el actor, es procedente, pues de no serlo, el Juez estaría impedido para resolver sobre las acciones planteadas. Por ello, el estudio de la procedencia del juicio, al ser una cuestión de orden público, debe analizarse de oficio porque la ley expresamente ordena el procedimiento en que deben tramitarse las diversas controversias, sin permitirse a los particulares adoptar diversas formas de juicio salvo las excepciones expresamente señaladas en la ley. En consecuencia, aunque exista un auto que admita la demanda y la vía propuesta por la parte solicitante, sin que la parte demandada la hubiere impugnado mediante el recurso correspondiente o a través de una excepción, ello no implica que, por el supuesto consentimiento de los gobernados, la vía establecida por el legislador no deba tomarse en cuenta. Por tanto, el juzgador estudiará de oficio dicho presupuesto, porque de otra manera se vulnerarían las garantías de legalidad y seguridad jurídica establecidas en el artículo 14 constitucional, de acuerdo con las cuales nadie puede ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales



del procedimiento. Luego entonces, el juzgador, en aras de garantizar la seguridad jurídica de las partes en el proceso, debe asegurarse siempre de que la vía elegida por el solicitante de justicia sea la procedente, en cualquier momento de la contienda, incluso en el momento de dictar la sentencia definitiva, por lo que debe realizar de manera oficiosa el estudio de la procedencia de la vía, aun cuando las partes no la hubieran impugnado previamente.”.

En el caso, **la vía mercantil oral resulta la idónea** para promover el presente juicio, ya que de conformidad con lo dispuesto por los numerales 1055, 1390 Bis y 1390 Bis 1, de la citada legislación, los juicios mercantiles son, entre otros, orales, en los que se tramitarán todas las contiendas sin limitación de cuantía; siempre que ésta sea determinada y no exista una vía especial; extremos que se colman en el presente juicio.

CUARTO. Legitimación en la causa.

Por ser la legitimación en la causa una cuestión que atañe al fondo de la cuestión litigiosa y, por tanto, sólo puede estudiarse en el momento en que se pronuncie la sentencia definitiva, se procede a analizar la misma.

Corroborando lo expuesto, la jurisprudencia I.110.C. J/12, Registro Digital 169857, integrada por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicada en la página 2066, del Tomo XXVII, abril de 2008, Materia Civil, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, que establece:

“LEGITIMACIÓN ACTIVA EN LA CAUSA. ES UNA CONDICIÓN NECESARIA PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN Y SÓLO PUEDE ANALIZARSE DE OFICIO POR EL JUZGADOR AL MOMENTO DE DICTAR SENTENCIA. La legitimación activa en la causa no es un presupuesto procesal sino una condición para obtener sentencia favorable, esto es, se trata de una condición necesaria para la procedencia de la acción, y consiste en la identidad del actor con la persona a cuyo favor está la ley, por lo que el actor estará legitimado en la causa cuando ejercita un derecho que realmente le corresponde, de tal manera que la legitimación ad causam

10

10

el Consejo de la Judicatura Federal, consistente carátula,
condiciones generales y Certificado Individual *****.

II. **Documental privada.** Consistente en el Informe Médico suscrito por el Doctor *****, con cédula profesional ***** y de la especialidad con número ***** de cuatro de junio de dos mil veinticuatro.

III. Instrumental de actuaciones.

IV. Presuncional legal y humana.

Ahora bien, **resulta ineficaz** la excepción que el apoderado de la demandada denomina como: “**La genérica de sine actione agis**”, en la que el citado mandatario se limita a transcribir la tesis de rubro: “**DEFENSAS. SINE ACTIONE AGIS**”; la ineficacia apuntada deviene de que, como lo señala la tesis que invoca, la misma no constituye propiamente hablando una excepción, sino la simple negación del derecho ejercido, cuyo efecto jurídico en juicio es, precisamente, arrojar la carga de la prueba a la actora y el de obligar al juez a examinar todos los elementos constitutivos de la acción, lo cual se realizara con posterioridad en esta resolución.

Corroborar lo anterior, la jurisprudencia VI. 2o. J/203, publicada en la página 62 del Tomo 54, junio de 1992. Octava Época de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación de rubro y sinopsis:

“SINE ACTIONE AGIS. La defensa de carencia de acción o sine actione agis, no constituye propiamente hablando una excepción, pues la excepción es una defensa que hace valer el demandado, para retardar el curso de la acción o para destruirla y la alegación de que el actor carece de acción, no entra dentro de esa división. Sine actione agis no es otra cosa que la simple negación del derecho ejercitado, cuyo efecto jurídico, solamente puede consistir en el que generalmente produce la negación de la demanda, o sea, el de arrojar la

Y sustentó su acción en los siguientes hechos:

10

Que en el nosocomio fue intubado y manejado con inotrópicos en terapia intensiva; desarrolló una falla renal aguda y se mantuvo en manejo por sus médicos. Posteriormente, el cuatro de junio de dos mil veinticuatro se rindió un primer informe médico por el doctor *****
***** , del que se advierte que el paciente padece Diabetes desde hacía dos años.

Que en la nota de urgencias aparece también el padecimiento de diabetes y se señala que el médico tratante es el doctor ***** (*****).

Después, el cuatro de junio de dos mil veinticuatro, se elaboró el diagnóstico de ingreso (sepsis e insuficiencia renal aguda) y se indicó que el paciente *****
***** , quien se presentó delirante y con fiebre, negó padecer diabetes.

En las notas de evolución el médico tratante indicó que estaba en estado grave, desorientado, sin comunicación, con sepsis, meningitis, neumonía e insuficiencia renal, posteriormente, fue dado de alta de urgencias e ingresado a piso.

Finalmente, el doce de agosto de dos mil veinticuatro, el señor ***** falleció, precisándose en el acta de defunción que las causas del fallecimiento fueron: ***** de cuatro días, ***** de cuatro años, ***** de una semana, ***** de mes y medio y Diabetes Mellitus tipo II.

5. Que el siniestro se encontraba cubierto por el contrato de seguro celebrado con la demandada y a que la hospitalización había sido de urgencia, la aseguradora



debía pagar los gastos hospitalarios, médicos y demás; sin embargo, se rehusó a hacerlo, pues, adujo que el señor ***** padecía Diabetes Melitus tipo II desde hacía más de diez años y que esta enfermedad había sido la causa de las complicaciones que le ocasionaron la muerte, por lo que la compañía de seguros concluyó que había una preexistencia que la excusaba de cumplir con el contrato de seguro, por lo que estuvo dispuesta a cubrir un 60% de los gastos, dejando al actor el pago del porcentaje restante, como titular del contrato e hijo del fallecido.

6. Que dicha decisión fue sustentada por la demandada en un primer informe médico emitido por el Doctor ***** y en una nota de urgencias de fecha veintiuno de junio de dos mil veintiuno, del mismo hospital, de la que se advierte que el paciente presentaba diversos síntomas, como temblor incontrolable y dolor de cabeza con varios días de evolución, además, en esa nota el médico de urgencias, de nombre ***** señaló que el paciente padecía Diabetes Melitus tipo II con más de diez años de evolución.

Decisión de no asumir el pago total de los gastos que se comunicó a ***** mediante misiva fechada el uno de julio de dos mil veinticuatro y confirmada el día cinco del mes y año en cita.

7. De igual forma, la parte actora refirió que se pidió a la aseguradora que reconsiderara su decisión y, para tal efecto se enviaron informes y notas médicas de los doctores tratantes, ***** (internista) y ***** (nefrólogo) de los que se depende que la Diabetes que presentaba *****

***** tenía una antigüedad de tan solo cinco años; sin embargo, la aseguradora confirmó su decisión de pagar solo el 60% de los gastos y para tal efecto reitero la existencia del primer reporte del doctor ***** y la nota de urgencias de veintiuno de junio de dos mil veintiuno del mismo hospital, documentos en los que, en lo conducente, se precisó que ***** padecía ***** tipo II desde hacía más de diez años.

8. Que, debido a la decisión de la aseguradora, el actor tuvo que pagar la cantidad de \$***** (**

* pesos ***** * centavos, moneda nacional) por concepto de gastos hospitalarios, los que supuestamente ***** corresponden al 40% que la aseguradora demandada le atribuyó deslindándose de su responsabilidad y que resulta ***** de la suma del importe de las siguientes facturas:

*** *

Factura	Hospital que la expide	Fecha	Conceptos	Monto
*****	Hospital Santa María Chapalita	9 julio 2024	Servicios hospitalarios, fármacos, rayos X, entre otros.	*****
*****	Hospital Santa María Chapalita	8 julio 2024 14	Fármacos anestésicos, accesorios médicos, entre otros.	*****
*****	Hospital Santa María	4 agosto 2024	Servicios hospitalarios,	*****

Comercio"; tienen estrecha vinculación con el fondo de la litis, su estudio se realizará en forma conjunta con los elementos de la acción.

Por lo que ve a la excepción de **"Inexistencia de la mora"**, su estudio se realizará al analizar las prestaciones relativas.

En cuanto a la excepción denominada **"Todas y cada una de las excepciones y defensas que se derivan del escrito de contestación a la demanda, y que están contenidas en la detallada respuesta de cada una de las prestaciones, así como de los hechos narrados por la parte actora y al derecho invocado por esta"**, se acota que del escrito de contestación de demanda la suscrita advierte que el apoderado hace valer como **defensa la improcedencia del reclama de gastos y costas**, con sustento en que en tratándose del juicio oral mercantil no procede la condena por gastos y costas, por lo que su estudio se realizará al analizar dicha prestación.

SEXTO. Estudio del fondo de litis.

La presente litis se construye a determinar:

a) Si resulta procedente condenar a la demandada ***** , **Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero *******, al cumplimiento del contrato de seguro colectivo de gastos médicos mayores, con número de póliza ***** , certificado individual número ***** , con vigencia del treinta y uno de diciembre de dos mil veintitrés al treinta y uno de diciembre de dos mil veinticuatro, contratado por el Consejo de la Judicatura Federal, en el que le reviste el carácter de titular al actor ***** , respecto de los gastos

Así, una vez que se realiza el siniestro, el asegurado debe dar aviso del mismo a la aseguradora; esto es lo que se conoce dentro del sector de las aseguradoras como reclamación o aviso del siniestro, entendiendo como tal, como ya se ha dicho, la realización del daño o del riesgo cubierto por la póliza de seguro. Lo anterior tiene por objeto que la compañía de seguros pueda realizar el ajuste de los daños, el cual consiste en conocer cuáles fueron las causas del siniestro, el importe de los daños y su relación con la suma asegurada, así como las exclusiones expresamente establecidas en la póliza, con el fin de cuantificar la relación de todo ello con los términos de la cobertura y decidir, consecuentemente, la procedencia o rechazo de la reclamación.

18

del mismo a la empresa aseguradora, ya que, con estas circunstancias se genera la presunción a su favor de la constitución de un crédito por la verificación del siniestro.

Es decir, en lo que interesa, a la contraparte de la aseguradora sólo le corresponde probar que se actualizó el siniestro amparado por la póliza, en los términos claramente establecidos en la misma -lo cual incluye las condiciones generales del seguro-. Cualquier interpretación, apreciación o detalle que no se desprenda claramente de la póliza no puede ser carga de la prueba del asegurado o beneficiario, sino que, en todo caso, corresponderá a la aseguradora desvirtuar la presunción a favor del asegurado.

De la ejecutoria antes citada, derivó la jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.), registro digital: 2000167, publicada en la página 2655, del Libro IV, enero de 2012, Tomo 3, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Materia Civil, Décima Época, de rubro y texto siguientes:

“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.— Conforme al artículo 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la aseguradora debe asesorar de buena fe, en forma clara y precisa a sus clientes, acorde con las sanas prácticas comerciales, por lo que cuando recibe una reclamación de pago, tiene la obligación de informar de manera clara y precisa si procede o no el pago de la suma asegurada, aduciendo las razones correspondientes y haciendo referencia específica al alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitaciones, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad aplicable, así como a la obligación que tiene el cliente de presentar determinada información y los requisitos que la misma deba cumplir en los términos de la póliza y las condiciones generales del seguro. Sin embargo, ese deber de

- A efecto, la actora ofreció los siguientes medios de convicción:

II. Documentales consistentes en:

- 22



procedimiento de conciliación ***** celebrado
ante CONDUSEF.

g) Acta de audiencia de treinta de abril de dos mil
veinticinco celebrada en el procedimiento indicado en el
inciso anterior.

h) Expediente conformado con motivo de la
reclamación a la aseguradora que consta de 105 fojas.

i) Nota médica de veinticuatro de junio de dos mil
veinticuatro del doctor ***** de la
que se advierte la antigüedad de la diabetes del paciente
***** a tan solo 5 años.

j) Acta de defunción de *****
*****.

k) Estado de cuenta emitido por el Hospital Santa
María Chapalita por el ingreso de *****
***** el día 21 de junio de 2021.

l) Estado de cuenta emitido por el Hospital Santa
María Chapalita por el ingreso de *****
***** el día 14 de agosto de 2022.

m) Facturas números ***** y * ***** expedidas
por el Hospital Santa María Chapalita en favor de la
demandada con motivo de la atención médica que le brindó
a ***** con motivos de los
siniestros ocurridos el veintiuno de junio de dos mil veintitrés
al treinta y uno de diciembre de dos mil veintitrés.

III. **Confesional** a cargo del representante legal de
Seguros ***** Sociedad Anónima de Capital Variable
Grupo Financiero *****.

IV. **Documental de informes** a cargo del representante legal de Hospital Santa María Chapalita Sociedad Anónima.

Prueba esta última que **no se integró** en virtud de que el oferente no compareció a recibir el oficio que se ordenó girar para tal efecto; por lo que, mediante proveído de dos de octubre en curso, se hizo efectivo el apercibimiento contenido en la audiencia preliminar.

—Son todos los medios de convicción ofrecidos por la parte actora—.

Ahora bien, como se verá, **los extremos primero y tercero a cargo de la actora**, consistentes en la existencia del contrato del seguro; y, que se dio aviso oportuno a la aseguradora **quedaron acreditados ante la falta de controversia**.

En efecto, en la etapa de fijación de acuerdos sobre hechos no controvertidos de la audiencia preliminar, entre otras, las partes celebraron como tal:

- La existencia de la póliza y el pago de la prima correspondiente.

Por lo que ve al **aviso oportuno** del siniestro, de igual forma, no fue materia de controversia entre las partes; ya que, al contestar la demanda, la enjuiciada por conducto de su apoderado, refirió que la negativa a pagar el 40% de los gastos realizados por el actor con motivo de los eventos en estudio, fue debido a que el beneficiario de referencia padecía de *********, antes de ser ingresado como asegurado dependiente del actor con motivo del contrato de seguros de gastos médicos mayores colectivos, que este tenía por pertenecer al Poder Judicial de la Federación, sin

En lo conducente, de lo previamente transcrito, queda de manifiesto que, en atención a la petición realizada por la demandada se enviaron informes y notas médicas de los doctores tratantes, **** (internista) y **** (nefrólogo) de los que, según refiere dicha parte, se desprende que la **** tenía una antigüedad de tan solo cinco años; pero no obstante lo anterior, la aseguradora confirmó su decisión de pagar solo el 60% de los gastos.

De igual forma, se atiende al contenido de informe médico dirigido a la demandada, de cuatro de junio de dos mil veinticuatro suscrito por el médico internista ****, y la carta de improcedencia a la reclamación emitida por la enjuiciada el uno de julio de dos mil veinticuatro y, la confirmación de dicha determinación del día cinco del mes y año en cita, de los que, en lo que interesa, queda de manifiesto el aviso oportuno a la aseguradora y la respuesta dada por ésta.

De ahí que la existencia del contrato de seguro y que el actor dio aviso oportuno a la aseguradora, se consideren acreditados y, por ende, el primero y el tercero de los extremos a cargo de la actora.

Sirve de apoyo, la tesis I.2o.C.2 C, integrada por el Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo III, abril de 1996, página 448, de la Novena Época, que es del tenor siguiente:

“PRUEBAS EN JUICIOS MERCANTILES. MATERIA DE LAS. SÓLO LA CONSTITUYEN LOS HECHOS CONTROVERTIDOS. Cuando el demandado no contesta en tiempo la demanda y la litis en el juicio natural se integró sin defensas o excepciones, el a quo no debe tomar en consideración excepciones opuestas que no se tuvieron como



tales por extemporáneas, ni pruebas relacionadas con esas defensas, porque en esta circunstancia, este material probatorio no puede referirse a alguna alegación jurídica hecha en la contestación a la demanda, máxime si esas pruebas se ofrecieron después de que ya se había citado a las partes para oír sentencia, dado que en los juicios mercantiles, la materia de la prueba sólo la constituyen los hechos controvertidos, pues de acuerdo al artículo 1194 del Código de Comercio, al actor le corresponde la carga de la prueba de su acción y al reo la de sus excepciones. Por su parte, el artículo 1197 de dicho Código preceptúa que sólo los hechos están sujetos a prueba. Además, el artículo 1327 de tal ordenamiento, expresamente determina que la sentencia se ocupará exclusivamente de las acciones deducidas y de las excepciones opuestas respectivamente en la demanda y en la contestación. En estas condiciones, la interpretación armónica de tales preceptos permite concluir que si determinado hecho o excepción no se tuvo legalmente como tal en el escrito de contestación de la demanda, no hubo materia de prueba para el demandado respecto a cuestiones que no adujo oportunamente, y aunque quedara demostrado ese hecho o excepción extemporánea, al no haber sido mencionado en los escritos que fijaron la litis, no es admisible tomarlos en consideración en la sentencia, porque si así fuera, la sentencia sería incongruente y violatoria de la última de las disposiciones citadas.”

La existencia del contrato de seguro se robustece con el certificado individual número *****, relativo a la póliza número *****, con vigencia del treinta y uno de diciembre de dos mil veintitrés al treinta y uno de diciembre de dos mil veinticuatro; el cual merece valor probatorio pleno de conformidad con lo dispuesto por los numerales 1241, 1296 y 1298 del Código de Comercio, en razón de que fue ofrecida como prueba al presente juicio por ambas partes, de la que se advierte que fue expedida por la aquí demandada ***** , **Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero ******* y, que le reviste el carácter de titular al actor ***** , y el de beneficiaria a ***** .

Mientras que la existencia del aviso oportuno a la aseguradora se robustece con los documentos emitidos por el área de “Dictamen Médico” de ***** ,

28

conducente, se advierte como causa de muerte: “falta orgánica múltiple 4 días, ***** crónica terminal 4 años, ***** 1 semana, ***** 1 ½ meses, diabetes mellitus tipo 2”.

Máxime que, como se vio, quedó acreditado que se dio aviso oportuno a la aseguradora, lo que resulta trascendente, pues a través del aviso los asegurados, beneficiarios y, en su caso, los representantes de éstos, declaran en forma detallada sobre los pormenores del evento considerado como riesgo amparado, y la aseguradora toma por verdadero el dicho vertido en esas declaraciones, **lo que tiene la presunción de que el deponente actuó de buena fe y que se actualizó el riesgo.**

Tiene aplicación a lo anterior, la tesis I.3o.C.323 C, emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicada en la página 1403, del Tomo XVI, Julio de 2002, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Materia Civil, Novena Época, de rubro y texto siguientes:

“SEGUROS. EL AVISO DE ACCIDENTE CONSTITUYE UNA PRESUNCIÓN SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO EN LA PÓLIZA, QUE LA ASEGURADORA DEBE DESVIRTUAR. De la interpretación sistemática de los artículos 66, 67, 68, 69, 70 y 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se desprende que el asegurado o beneficiario tiene el deber de notificar a la empresa aseguradora por escrito o a través del medio que pacten las partes contratantes, de la realización del siniestro (aviso), entendido éste como el daño o accidente que sufran los bienes o afecten a las personas aseguradas por el evento señalado como riesgo en la póliza de seguro. A través de ese aviso los asegurados, beneficiarios y, en su caso, los representantes de éstos, declaran en forma detallada sobre los pormenores del evento considerado como accidente, y la aseguradora toma por verdadero el dicho vertido en esas declaraciones, lo que tiene la presunción de que el deponente actuó de buena fe y que se actualizó el riesgo, salvo que la aseguradora demuestre que se incurrió en simulaciones o declaraciones inexactas para motivar la aparición del principio



indemnizatorio, hipótesis en la cual quedaría liberada de todo pago.

En razón de lo expuesto, como se anticipó, **quedó acreditado el segundo extremo a cargo del actor**, consistente en la materialización del riesgo amparado.

Con base, en lo expuesto, toda vez que el enjuiciante probó la existencia del contrato de seguro, la actualización del siniestro o riesgo amparado y que dio aviso a la aseguradora; de conformidad con lo establecido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la ejecutoria citada con antelación; es inconcuso que **opera la presunción a su favor de la constitución de un crédito por la realización del siniestro y corresponde a la aseguradora demandada desvirtuar la misma.**

Por lo que se procederá a analizar las excepciones que tiene relación con la litis, a efecto de elucidar si las mismas resultan eficaces para desvirtuar la presunción a favor del actor.

En la excepción de **“FALTA DE ACCIÓN Y DE DERECHO DE LA PARTE ACTORA”**, el apoderado de la demandada alega que el actor carece de derecho para demandar el pago de la suma de \$***** (** *****

***** * ***** **

***** ***** *

***** * *** ***** moneda nacional), por concepto del ***** pesos

40% de gastos médicos que erogó para atender a *****

***** ***** con motivo de los padecimientos

Nefropatía Diabética o Insuficiencia renal Crónica las cuales refiere que, son consecuencia de la ***** ***** , por lo que afirma que la aseguradora demandada se encuentra excluida por ser una enfermedad preexistente y, el resto sí se cubre, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula “B.



Código de Comercio, por lo que el contrato de seguro de gastos médicos mayores para mandos medios y funcionarios superiores del poder judicial de la federación, con relación al certificado individual número *****, obliga al actor y a aseguradora a respetar lo pactado en cuanto las condiciones aplicables para coberturas de enfermedades preexistentes, tal como se desprende de las condiciones generales del contrato de seguro que se acompañaron al escrito de demanda, por lo que las pretensiones del actor son contrarias a dichos artículos y a lo establecido por el numeral 1797 del Código Civil Federal, pues, se traducen en suponer que motu proprio se pueda alterar la validez y el cumplimiento de los contratos, ya que de la información proporcionada por el propio accionante de los médicos tratantes se advierte que el padecimiento de *****, que tenía el beneficiario tenía diez años de evolución.

Precisado lo anterior y dada su estrecha vinculación, el estudio de las excepciones antes sintetizadas se realizará de manera conjunta.

De las condiciones generales del seguro, con registro ante la Comisión Nacional de Seguros y fianzas, a partir del día treinta y uno de marzo de dos mil veintitrés con el número ***** , allegadas por el actor y que hizo suyas la demandada, por lo que, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1296 y 1298 del Código de Comercio, gozan de valor probatorio pleno, se advierte que, en cuanto al tópico que nos ocupa se establece lo siguiente:

“7. PADECIMIENTOS PREXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y c) será la existencia de un dictamen médico, en el cual se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, siempre y cuando en un período de seis meses no haya estado bajo tratamiento médico. Deberá considerarse para el cómputo de los 6 meses, la fecha de ingreso del asegurado a la póliza del PJF [...].”

De la cláusula transcrita se advierte que para que un padecimiento se considere preexistente debe acreditarse que los síntomas se manifestaron y/o fueron aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, con anterioridad a la vigencia de la póliza, o, que se haya integrado un diagnóstico médico o que se haya erogado algún gasto para su tratamiento, previo al inicio de la vigencia; así mismo, se establece que los padecimientos preexistentes se cubrirán, siempre y cuando en un periodo de seis meses contado a partir del ingreso a la póliza, el asegurado no haya estado bajo tratamiento médico.

Ahora bien, como se corroborará, en el caso los medios de convicción ofrecidos por la demandada resultan ineficaces para probar que la ***** que padecía ***** fue preexistente, esto es, que los síntomas se manifestaron y/o fueron aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, con anterioridad a que se le incluyera como beneficiario en la póliza del actor, esto es, **al ocho de abril**



de dos mil catorce; tampoco resultan eficaces para probar que se haya integrado un diagnóstico médico o que se haya erogado algún gasto para su tratamiento, previo a la citada data; y, por ende, no resulta idóneos para probar que un periodo de seis meses contado a partir de su ingreso a la póliza, el citado ***** estuvo bajo tratamiento médico.

En efecto, **deviene ineficaz** para acreditar el tópico en estudio, la **documental** consistente en la póliza de gastos médicos mayores colectivo con número ***** contratada por el Consejo de la Judicatura Federal, consistente carátula, condiciones generales y Certificado Individual ***** , únicamente resultan idóneos para acreditar la relación contractual entre las partes y los términos en que se obligaron, pero en modo alguno prueba que se actualiza la cláusula de preexistencia establecida en las condiciones generales.

En cuanto a la **documental** consistente en el informe médico suscrito por el Doctor *****, de cuatro de junio de dos mil veinticuatro y, la hoja de urgencia de internamiento de veintiuno de junio de dos mil veintiuno, folio *****, firmada por el Doctor *****, en la cual indica la existencia de la ***** con diez años de evolución en el paciente *****; no obstante que gozan de valor probatorio pleno de conformidad con lo establecido en los artículos 1296 y 1298 del Código de Comercio, al haber sido ofrecidos como prueba por las partes; a juicio de quien ahora resuelve, no tienen el alcance de probar que los citados padecimientos fueron preexistentes, pues dichas anotaciones **carecen de un sustento fehaciente.**

Lo anterior es así, pues, en el informe médico no se advierte quien informó de los diez años de preexistencia de la ***** como antecedente patológico del beneficiario de referencia o quien aportó dicha información o como la obtuvo el médico tratante, aunado a que, de la nota médica ofrecida por la parte actora, identificada con el inciso i), del apartado de pruebas, el propio **** ***** , como médico tratante precisa que la diabetes del paciente ***** es de cinco años de evolución y, a diferencia del informe médico invocado por la enjuiciada, señala la razón de su dicho, al precisar que se trata de un paciente de su consulta desde el año de dos mil veintidós, conocido ***** con cinco años previos a su ingreso hospitalario, esto es, a partir del dos mil diecisiete.

Cabe resaltar que, la fecha del informe médico en que la demandada basa la negativa a pagar el 40% de los gastos médicos erogados por el actor, con motivo de los hechos materia de este juicio, es el cuatro de junio de dos mil veinticuatro, y la fecha de alta como beneficiario del Seguro de Gastos Médicos Mayores del Señor ***** , es el ocho de abril de dos mil catorce, lo que pone de manifiesto que, entre ambas fechas transcurrieron diez años, un mes y veintiséis días, lo que de igual forma desvirtúa la preexistencia de la Diabetes Mellitus en el paciente de referencia al momento de ingreso a la póliza.

Respecto de la Nota de Urgencias de veintiuno de junio de dos mil veintiuno, suscrita por **** ***** , Médico Especialista en Urgencia, no se especifica quien proporcionó la información atinente a la ***** de aproximadamente diez años previos que señala, no obstante, en el supuesto de haber sido proporcionada por el

Gaceta. Tomo XXXI, abril de 2010, página 2715, Tipo:
Aislada, de rubro y texto siguientes:

“CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE ACREDITAR MEDIANTE PRUEBA IDÓNEA QUE EL ASEGURADO TENÍA PLENO CONOCIMIENTO DE QUE PADECÍA UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y QUE OMITIÓ DECLARARLO AL LLENAR EL CUESTIONARIO RESPECTIVO.

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos en el momento de la celebración del contrato de seguro por parte del asegurado, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro; sin embargo tratándose de lo relativo a la información que se solicita dentro de los cuestionarios respectivos en cuanto a las enfermedades preexistentes del asegurado, debe tomarse en cuenta por un lado que es imputable a la aseguradora el hecho de que no realice las preguntas conducentes que la lleven a revelar que el asegurado tiene conocimiento de algún padecimiento y por otra parte en términos del artículo 1194 del Código de Comercio le corresponde acreditar la excepción consistente en que el asegurado tenía conocimiento del padecimiento y que omitió manifestarlo, **sin que baste para acreditar tal conocimiento, que en el certificado médico que previamente se elabora para la expedición del certificado de defunción, se establezca como causas o antecedentes del fallecimiento del asegurado, que entre el inicio de la enfermedad y la muerte haya existido un intervalo de tiempo que sea anterior a la fecha en que el asegurado llenó el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, pues esa información y la que consta en el certificado de defunción en todo caso sólo acreditan la muerte y las causas del fallecimiento, pero no que el asegurado hubiera tenido conocimiento de ese padecimiento al momento de contratar, pues para ello se estima como prueba idónea el expediente clínico del mismo en el que conste algún estudio que se le hubiera practicado o algún tratamiento que haya llevado por virtud de esa enfermedad, por lo que al no demostrarse ese conocimiento pleno de la enfermedad, tampoco se acredita que hubiera omitido esa información al llenar el cuestionario correspondiente.**"

—Lo destacado es propio—

Por último, por lo que ve a las **pruebas presuncional legal y humana e instrumental de actuaciones**, debe decirse que dichos medios de convicción no tienen desahogo, es decir, no tienen vida propia, pues no es más



al actor *****
médicos y hospitalarios del beneficiario *****

SÉPTIMO. Cantidad líquida reclamada.

El actor reclama el pago de la cantidad de \$***** (** ***** * ***** ***) pesos, ***** * *** centavos, moneda nacional), que, según refiere, corresponden al 40% que la demandada le atribuyó al accionante, deslindándose de su responsabilidad y que resulta de sumar el importe de las facturas *****, *****, ***** y *****.

Ahora bien, el importe queda acreditado ante la falta de controversia, pues además de que fue materia de los hechos no controvertidos que la aseguradora cubrió únicamente el 60% de los gastos, el apoderado de la demandada al contestar dicha prestación únicamente refirió: “niego toda acción y derecho al accionante para pretender el pago de la cantidad de \$***** (** ***** ***** *
***** ** ***** ***** * ***** pesos ***** M.N.), toda vez que esa suma de dinero corresponde al porcentaje de los gastos no cubiertos en términos de la cláusula 4.4 de la Condiciones Generales de la Póliza, como se opone en la defensa que se valer en la contestación de la prestación anterior”, esto es, se limitó a negar la procedencia del reclamo con sustento en que esa suma corresponde al porcentaje de los gastos no cubiertos, en atención al padecimiento preexistente de ***** de ***** *****
***** , sin controvertir en forma alguna la cuantía de los gastos reclamados.

Es de invocarse, el criterio sustentado por el Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, con

registro digital 166942, cuyo rubro y texto dicen:

“INDEMNIZACIÓN. A LA ASEGURADORA LE CORRESPONDE ACREDITAR SU PAGO O PRECISAR A CUÁNTO ASCENDERÍA, AUN CUANDO EL ASEGURADO PRECISE UNA CANTIDAD EN JUICIO. En un juicio, la obligación de la empresa aseguradora de acreditar el pago o en su caso de precisar a cuánto ascendería la indemnización, no se pierde con el hecho de que el actor asegurado precise una cantidad, ya que ello en todo caso debe ser motivo de estudio por el juzgador, con base en las pruebas, consideraciones o medios de defensa que al respecto haga valer la aseguradora demandada. Llegar a la consideración contraria, de que al asegurado le corresponde demostrar el monto de la indemnización con base en documentos que le corresponden exhibir a la aseguradora, trastocaría la esencia del contrato de seguro que es, el que una vez acreditada la relación contractual y actualizado el siniestro protegido por el contrato de seguro, el asegurado reciba la indemnización correspondiente por parte de la empresa aseguradora, salvo que exista un motivo que la libere de ello (que debe acreditar en juicio), como se prevé en el artículo 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Lo así considerado no trasgrede las reglas de distribución de la carga de la prueba prevista en el artículo 1194 del Código de Comercio, aun cuando el asegurado haya precisado la cantidad que reclama por concepto de indemnización, pues el derecho a ser indemnizado por la institución aseguradora nace desde el momento en que se efectúa la eventualidad prevista en el contrato de seguro suscrito y la empresa tiene conocimiento de ello, por lo que le corresponde a la institución aseguradora responder del siniestro, y si no lo hace se le debe obligar. Así las cosas, es la aseguradora la que debe aportar los medios de convicción que sean necesarios para acreditar la indemnización procedente, y en caso de omisión ello debe operar en su perjuicio y no en el de su asegurado, pues si se reclama una cantidad que en su consideración (de la aseguradora) no es la correcta, está en aptitud de controvertirlo y oponer la excepción procedente.”

El importe reclamado se robustece con los medios de convicción que ofreció el actor para acreditar los gastos que erogó con motivo del siniestro materia del juicio, a saber:

- **Documental.** Consistente en la factura folio ***** , de nueve de julio de dos mil veinticuatro, expedida por el ***** , Sociedad Anónima a favor del actor, por la cantidad de \$ ***** (***** ***** * *** ** pesos, ***** * ***** centavos, moneda nacional).



- **Documental.** Consistente en la factura folio ***** , de dieciocho de julio de dos mil veinticuatro, expedida por el ***** , Sociedad Anónima a favor del actor, por la cantidad de \$***** (***** pesos, ***** centavos, moneda nacional).
- **Documental.** Consistente en la factura folio ***** , de cuatro de agosto de dos mil veinticuatro, expedida por el ***** , Sociedad Anónima a favor del actor, por la cantidad de \$***** (***** pesos, ***** centavos, moneda nacional).
- **Documental.** Consistente en la factura folio ***** , de veinte de agosto de dos mil veinticuatro, expedida por el ***** , Sociedad Anónima a favor del actor, por la cantidad de \$***** (***** pesos, ***** centavos, moneda nacional).
- **Documental.** Consistente en el comprobante electrónico de pago de nueve de julio de dos mil veinticuatro, a favor del ***** ; por la cantidad de \$***** (***** pesos, ***** centavos, moneda nacional).
- **Documental.** Consistente en el comprobante electrónico de pago de dieciocho de julio de dos mil veinticuatro, a favor del ***** ; por la cantidad de \$***** (***** pesos, ***** centavos, moneda nacional).
- **Documental.** Consistente en el comprobante electrónico de pago de cuatro de agosto de dos mil veinticuatro, a favor del ***** ; por

- Medios de convicción que se estiman suficientes para acreditar los gastos erogados por el actor, pues las facturas folios ***** , ***** , ***** , y ***** , expedidas por ***** ***** ***** ***** ; Sociedad Anónima de Capital Variable y los comprobantes de pago antes descritos, merecen valor probatorio pleno de conformidad con el artículo 1296 del Código de Comercio, al no haber sido objetados respecto de su validez e importe por la demandada, ya que, la objeción realizada por esa parte respecto de dichos documentos fue, en cuanto al alcance de acreditar los padecimientos por los que fue atendido el señor ***** ***** ***** ; además, de conformidad con lo establecido en el artículo 210 A del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria al Código de Comercio, las facturas electrónicas o comprobantes fiscales digitales (CFDI), los cuales son elaborados bajo una normatividad especial y mediante el uso de mecanismos de seguridad y autenticidad que emplea la autoridad fiscal, por lo que no pueden considerarse como

obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe aquél; **asimismo, deberán pagar intereses moratorios por el periodo que dure el incumplimiento.**

La fracción VII del citado numeral dispone que, si en un juicio resulta procedente la reclamación, **aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en dicho artículo**, el juez o árbitro además de la obligación principal, **deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones que anteceden; en consecuencia, en el caso, resultan procedentes dichas prestaciones.**

Ahora bien, en el caso, quedó acreditado que la aseguradora demandada no cumplió con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, respecto del pago del 40% del pago de gastos médicos y hospitalarios realizado por el actor por lo que debe pagar a la actora la indemnización por mora y los intereses establecidos por el citado artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

En cuanto al momento en que resulta exigible la obligación de la aseguradora, de la interpretación lógica y jurídica del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en relación con el numeral 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro¹, se colige que el crédito que resulte del contrato de seguro **es exigible una vez**

1 ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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



transcurridos los treinta días que la empresa aseguradora tiene para analizar la procedencia de la reclamación que se le hizo, o bien, a partir de que da respuesta al reclamo, si éste se realiza antes de que transcurran los treinta días.

Es aplicable a lo antes expuesto la tesis sustentada por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Décima Época, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XIII, octubre de 2012, Tomo 4, página 2803, que a la letra dice:

“SEGUROS. INDEMNIZACIÓN POR MORA. De la lectura de los artículos 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se desprenden como premisas las siguientes: a) Si la empresa aseguradora no cumple sus obligaciones asumidas en el contrato de seguro, deberá pagar intereses moratorios, los cuales se generarán a partir de que se haga exigible la obligación que se le reclama; y, b) una vez recibida una reclamación por parte de la empresa aseguradora, ésta contará con un plazo de treinta días para conocer el fundamento de la reclamación y determinar, en su caso, si ésta resulta o no procedente. Ahora, aun cuando en tales preceptos no se precisa a partir de qué momento resulta exigible la obligación de pago, se debe entender como un primer supuesto, que ésta será exigible una vez transcurridos los treinta días que la empresa aseguradora tiene para analizar la procedencia de la reclamación que se le hizo; o bien, en un segundo supuesto, a partir del momento en que se da respuesta al reclamo, si éste se realiza antes de que transcurran los treinta días; ambos plazos con independencia de lo resuelto por la empresa aseguradora. Primer supuesto de interpretación que ha sostenido este tribunal en la tesis I.3o.C.461 C, de rubro: **“CONTRATO DE SEGURO. EL PLAZO PARA COMUNICAR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO POR OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES SE COMPUTA A PARTIR DE QUE FENECE EL DE TREINTA DÍAS PARA DETERMINAR LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN O A PARTIR DEL DÍA EN QUE DENTRO DE ESTE LAPSO LA ASEGURADORA HAYA TENIDO CONOCIMIENTO SOBRE ELLAS.”** Mientras que el segundo supuesto, se obtiene de una interpretación a contrario sensu, pues el plazo de los treinta días establecido en la ley, fue el que el juzgador consideró suficiente para que la empresa aseguradora tuviera la posibilidad de conocer el fundamento de la reclamación y pudiera, con base en ello, determinar lo que a su parecer resulte procedente. Es por ello que, al momento en que la empresa aseguradora da contestación al escrito de reclamación, se entiende que ya tuvo pleno conocimiento del reclamo planteado y que transcurrió el

tiempo necesario para analizar la procedencia o no de aquél; y por tanto, que renunció al plazo de treinta días que la ley le concede.”

Luego, en el caso, como se estableció en el considerando sexto de esta sentencia, es un hecho no controvertido que la aseguradora cubrió únicamente el 60% de los gastos de referencia, además de que no existe controversia respecto a que la enjuiciada dio respuesta a la reclamación de pago del actor, declarándola improcedente, **el uno de julio de dos mil veinticuatro y reiteró dicha negativa el cinco de julio de dicha anualidad.**

Lo anterior tal y como se advierte del informe rendido por la demandada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, en el expediente ***** iniciada con motivo de la reclamación realizada ante dicha institución por ***** , en la que, en lo conducente refirió que el pago de la cantidad de \$***** (*****) ***** pesos ***** , moneda nacional) reclamada por el accionante por los gastos que erogó respecto del asegurado dependiente ***** ***** , resultó improcedente, toda vez que como se indicó en el comunicado de cinco de julio de dos mil veinticuatro, se dictaminó y penalizó con un cuarenta por ciento a cargo del asegurado.

No obstante, en el caso en estudio, fue con posterioridad a que la demandada informó de la improcedencia del pago respecto del 40% de los gastos generados con motivo de la enfermedad del asegurado dependiente ***** , como penalización por la enfermedad previa, que el actor cubrió el



importe de los mismos, dado que las facturas en que el actor basó su reclamo fueron expedidas con fecha posterior al cinco de julio de dos mil veinticuatro,

Por tanto, si bien es cierto que, conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en relación con el numeral 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro², el crédito del contrato de seguro materia de este juicio, se hace **exigible a partir que la aseguradora niega el reclamo**, lo que en el caso acaeció el cinco de julio de dos mil veinticuatro, lo cierto es que a esa fecha la parte actora no había erogado el monto de las facturas materia de su reclamo, y, fue hasta el treinta de abril de dos mil veinticinco, cuando la aseguradora aquí demandada al comparecer ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF a contestar la reclamación del actor dentro del expediente ***** del índice de dicha dependencia, la enjuiciada **declaró improcedente** el pago de \$ *****

(*****)
***** pesos, ***** centavos, moneda nacional), a que asciende el importe de las facturas

*
** *****

*

*

** ***
**** **

*

**aseguradora respecto del precitado
importe se hizo exigible a partir del treinta de abril de
dos mil veinticinco, pues fue en esa data que declaró**

² ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

improcedente su reclamo, fecha que deberá atenderse al computar el pago de la indemnización por mora y los intereses moratorios.

Sin que se óbice a lo anterior, la excepción de **“INEXISTENCIA DE MORA”**, hecha valer por la demandada, toda vez que la misma es **infundada**.

Lo infundado de la excepción deviene de que el apoderado de la compañía de seguros la sustenta en que la reclamación del actor no cumplió con la condición pactada para enfermedades preexistentes en términos de las condiciones generales que forman parte integrante de la póliza de seguro, por lo que su mandante no incumplió con sus obligaciones, y por ende, no ha incurrido en mora, por lo tanto, no tiene obligación de pago de interés moratorio alguno; siendo que, como se advierte de lo establecido en el considerando sexto de la presente sentencia, no quedó acreditado que la enfermedad de ***** que padecía ***** ***** ***** ***** , fuera preexistente, por lo que sus argumentos caen por su base.

Por lo expuesto, se **condena** a la demandada ***** ***** , **Sociedad Anónima de Capital**

Variable, Grupo Financiero *****, a pagar al actor la indemnización por mora; así como el pago de los intereses moratorios, previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

La indemnización por mora deberá calcularse sobre el monto de la obligación principal condenada, denominada en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha respectiva, esto es, **a partir del treinta de abril de dos mil veinticinco** y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se



efectúe dicho pago.

En la inteligencia de que la indemnización por mora es la actualización del valor del dinero materia de la condena principal, pues su finalidad es que esa suma no se vea mermada por la inflación y otros factores financieros; en consecuencia, el importe a pagar por dicho concepto, será la cantidad que resulte de restar al importe que se obtenga conforme al procedimiento establecido en el párrafo anterior, el monto de la obligación principal condenada.

Por su parte, los intereses moratorios se calcularán a **partir del treinta de abril de dos mil veinticinco y hasta el día en que se efectúe el pago de las facturas materia de lo reclamado**, sobre la obligación principal condenada denominada en Unidades de Inversión siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Indemnización por mora e intereses que deberán ser cuantificados mediante el incidente de liquidación respectivo, en la etapa de ejecución de sentencia.

NOVENO. Gastos y costas.

Finalmente, no ha lugar a condenar a las partes, ni a la tercera llamada a juicio a pagar costas en esta instancia, ya que no se actualiza ninguno de los supuestos previstos en las fracciones I a V del artículo 1084 del Código de Comercio, lo anterior es así, pues ambas partes ofrecieron pruebas, no presentaron instrumentos, documentos o testigos falsos, no se trata de un juicio mercantil ejecutivo, tampoco se trata de una sentencia de segunda instancia, y, de igual forma, no se intentaron acciones, ni se hicieron valer excepciones improcedentes.

Tampoco se advierte que alguna de las partes se haya conducido con temeridad o mala fe.

En efecto, en el caso no se advierte que el actor o la demandada hayan actuado con malicia o hubiera litigado sin justa causa; así como tampoco que hubieran ejercitado acciones a sabiendas de ser improcedentes, o se hubieran opuesto a una acción con pleno conocimiento de que son injustificadas, de igual forma no interpusieron recursos o excepciones frívolos e improcedentes con el sólo propósito de entorpecer el curso del procedimiento.

Es aplicable a lo anterior, la tesis emitida por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Novena Época, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XIX, marzo de 2004, página 1536, cuyo rubro a la letra dice:

“COSTAS. CONCEPTO DE TEMERIDAD O MALA FE PARA DECRETAR SU CONDENA. De conformidad con lo establecido en el artículo 1084 del Código de Comercio la condena en costas en los juicios mercantiles procede en dos supuestos: el primero, es cuando así lo prevenga la ley, y el segundo, deriva de la facultad discrecional del juzgador cuando advierta que uno de los litigantes haya actuado con temeridad o mala fe. El primer supuesto prevé la condena forzosa y se rige por las cuatro primeras fracciones y el segundo por el ejercicio del arbitrio judicial del juzgador. El numeral en comento otorga al juzgador la facultad de determinar la temeridad o mala fe examinando los casos en que proceda aplicar la sanción por esos conceptos. El arbitrio judicial no consiste en la simple y llana voluntad del juzgador, sino en una operación de entendimiento que importa el análisis de la actuación procesal de los litigantes temerarios, siendo aquellos que litigan sin justa causa. La generalidad de los juristas opinan que para que a un litigante se le tenga por temerario debe proceder con notoria mala fe, malicia notable o litigar sin justa causa. La temeridad o mala fe, entonces, puede consistir en diversos actos u omisiones del litigante, pues no sólo consiste en la falta de prueba de los hechos en que se funda la demanda o la contestación, sino en ejercitar acciones a sabiendas de ser improcedentes, oponerse a una acción sin causa justificada con pleno conocimiento de que son injustificadas, en la interposición de recursos o excepciones frívolos e improcedentes con el solo propósito de entorpecer el curso del procedimiento.”



En consecuencia, **se absuelve a las partes del pago de costas.**

De lo anterior, se califica de **fundada la defensa** que hizo valer la demandada, consistente en que en tratándose del juicio oral mercantil no procede la condena por gastos y costas.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, y con apoyo en lo dispuesto en los artículos 1,321, 1,322, 1,324, 1,325, 1,327, 1,328, 1,329, 1,390 Bis 38 y 1,390 Bis 39 del Código de Comercio, se

RESOLVE:

PRIMERO. El actor ***** , probó su acción; mientras que una de las excepciones hechas valer por la demandada ***** , **Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo Financiero ******* , **resultó** fundada y el resto infundadas.

SEGUNDO. Se condena a la demandada al cumplimiento del contrato de seguro colectivo de gastos médicos mayores, con número de póliza ***** , certificado individual número *****, con vigencia del treinta y uno de diciembre de dos mil veintitrés al treinta y uno de diciembre de dos mil veinticuatro, contratado por el Consejo de la Judicatura Federal, en el que le reviste el carácter de titular al actor ***** , respecto de los gastos médicos y hospitalarios del beneficiario *****

TERCERO. Se condena a la demandada ***
 ***** , Sociedad Anónima de Capital Variable, Grupo
 Financiero ***** , a pagar al actor la cantidad de**

CUARTO. Se **condena** a la demandada a pagar a la actora, la indemnización por mora; así como al pago de los intereses moratorios, previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en los términos y fechas establecidos en el considerando octavo de esta sentencia, mismos que deberán cuantificarse mediante el incidente de liquidación respectivo, en la etapa de ejecución de sentencia.

QUINTO. Se absuelve a las partes del pago de gastos y costas.

SEXTO. La presente resolución se notificó a las partes en términos del artículo 1390 bis 22 del Código de Comercio, durante el desahogo de la audiencia del juicio, celebrada en esta fecha; en la que, además, se dejaron a su disposición copias simples de la presente y de los registros correspondientes.

Lo resolvió y firma electrónicamente, la licenciada **Mayra Fabiola Guzmán López**, secretaria en funciones de jueza del Juzgado Primero de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Jalisco, Especializado en Juicios Orales, con residencia en Zapopan, según designación del Órgano de Administración Judicial, realizada en el Acuerdo General AG-POAJ-008/2025, publicado en el Diario Oficial



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

de la Federación el catorce de septiembre de dos mil veinticinco, ante la licenciada **María del Rosario García Pérez**, secretaria que autoriza y da fe.

MFGL/Mrgp

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA PÉREZ
706a6620636a66320000000000000000518a
15/05/26 18:00:00

PJF - Versión Pública



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado:

130097659_1287000038556134014.p7m

Autoridad Certificadora:

Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal

Firmante(s): 2

FIRMANTE				
Nombre:	MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA PÉREZ	Validez:	BIEN	Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.5f.8a	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	21/10/25 22:36:45 - 21/10/25 16:36:45	Status:	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	9a eb 52 81 ad 48 e2 00 05 ec 24 68 99 96 88 0c 8f a2 31 bf cd a7 00 c8 a8 e6 c8 1c 83 d5 36 45 25 d2 42 60 29 45 51 69 ff 7a d4 37 fd 55 57 55 57 6d 16 47 14 cc 8d 7d a4 83 f1 f4 ab c9 41 d5 25 02 80 03 c5 85 be c1 1b 55 76 0e ec 9a 93 e5 01 43 57 19 55 15 5a 53 29 04 e4 ab 13 2f ac 71 c7 2c b9 86 f2 48 9a ea c4 d2 fe 43 cd 40 1e 88 82 26 96 06 e6 66 67 5e 80 81 e5 8c 36 bc 07 38 24 99 81 d2 55 fd d1 de 95 55 85 f2 da 7a 97 0c e8 71 7f 49 60 55 5a 14 d5 de f8 d9 40 b7 d5 ff 66 d2 f6 b0 09 d4 b7 eb 22 bc 0c 8b 6b 4f ad 6f 72 40 f2 59 f1 3c 5b 21 b3 d0 e7 d1 cf 53 52 c0 1c 6f 7d 80 40 4b 01 31 6b 07 06 d3 e4 c2 04 1a 42 23 3e 0a c3 2a 96 f6 c9 cc 28 83 52 f6 79 cc bc 88 f6 c1 e8 7b bc ac 6c 47 fa 08 eb ff e9 e2 4e 32 a4 fe fa 41 d6 6c 9c e5 d8 16 ba 62 80 fb			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	21/10/25 22:36:45 - 21/10/25 16:36:45			
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.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.5f.8a			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	21/10/25 22:36:46 - 21/10/25 16:36:46			
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:	69738253			
Datos estampillados:	Hm3Nllk2eBb4Cn6Y3AIFNnkhVHE=			



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE				
Nombre:	MAYRA FABIOLA GUZMAN LOPEZ	Validez:	BIEN	Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.34.ff	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	21/10/25 23:45:42 - 21/10/25 17:45:42	Status:	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	28 fc bf 5d 40 36 9d bd 79 ac 1e 01 95 88 b2 85 6d ed 6a 80 4c 83 72 34 59 95 52 1d 1c 33 83 4f 1a 66 18 66 c7 78 b8 db 4e d8 a6 05 ac ff c7 e8 85 99 a9 11 a5 89 67 dd 9a 6b d2 47 64 39 04 97 43 1e c7 cd a7 4b 5e 98 8c 38 66 e8 5b 26 25 67 ec 10 9d 75 17 93 cd 5f 2e 7b 61 d8 e5 d9 ac 2b 9e 7c 3d 33 7e af 11 68 0a 58 16 c9 0a 5b 58 e2 22 c1 4c d1 18 4d 2e 9e 90 9f 42 3b 13 aa b0 60 af 07 d6 a6 25 e3 2b 94 cd a2 09 4b 15 2a f8 c7 28 cb ab 8f c8 0c 78 ff cb 99 3f 79 ed 7f 89 1e f3 e8 26 40 12 f1 e3 79 4d 7d 01 cf 26 a1 12 df 4b 97 f8 44 cd 16 7c fe ad ca aa ec f4 96 45 c9 8b f5 46 52 0b ea cf cc 23 95 48 16 46 83 7c d7 46 5f c4 98 6b 1c 70 eb d5 3f a7 89 43 79 20 b3 a1 ba 3e cb b8 5f 13 cb c3 b5 47 3b 78 5d a3 5d f6 8d 74 06 da bf 86 49 bf 31 f3 2c ec 18 ee 4c			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	21/10/25 23:45:42 - 21/10/25 17:45:42			
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.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.34.ff			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	21/10/25 23:45:42 - 21/10/25 17:45:42			
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:	69786784			
Datos estampillados:	uAqVvKed8JfqFziFvh7c7MA8vY=			

El licenciado(a) MarÃa del Rosario GarcÃa PÃrez, hago constar y certifico que en tÃrminos de lo previsto en los artÃculos 8, 13, 14, 18 y demÃs conducentes en lo relativo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la InformaciÃn PÃblica Gubernamental, en esta versiÃn pÃblica se suprime la informaciÃn considerada legalmente como reservada o confidencial que encuadra en el ordenamiento mencionado. Conste.