Versión Pública
SIN VALIDEZ OFICIAL

SENTENCIA DEFINITIVA

San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, diez de noviembre de dos mil veintiséis.

VISTO para dictar sentencia definitiva, los autos del **juicio oral mercantil 3385/2025**, promovido por ***** ******** y******** de apellidos ********* ********, por derecho propio, contra **** ******* ******* ******** ******* ** ******* ********* ***** ********** **** ****** (en adelante **** ******* ******), y,

DEMANDA. Mediante escrito depositado en el buzón judicial de la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en el Estado de Oaxaca, con sede en San Bartolo Coyotepec, el **quince de mayo de dos mil veinticinco,**[1] turnado a este órgano jurisdicción el **dieciséis siguiente**, ***** ******** y******** de apellidos ********* ********, por derecho propio, demandaron, en la vía oral mercantil, de **** ******* ******, las prestaciones siguientes:

1.- El cumplimiento forzoso del contrato de seguro de dónde deri[redacted] **expedida por la moral demandada,** siendo asegura[redacted], con fecha emisión de póliza el 12 de ene**que tiene una vigencia** desde a las doce horas del 13 de enero de 2 enero de 2027, y en consecuencia:

A. El pago liso y llano de la cantidad de $ 12,000.00 dólares USA (l los Estados Unidos de América) cantidad pactada como suma aseg

Seguros y Fianzas a calcularse en los términos de ley; en la ejecución de sentencia.

C. **El pago de la cantidad que resulte por concepto de intereses legales en términos de lo dispuesto por el artículo 362 del Código de Comercio a calcularse en los términos de ley; en la ejecución de sentencia.**

D. El pago de gastos y costas que se generen en el presente asunto, desde su inicio hasta su total conclusión, toda vez que la demandada me obliga a accionar ante este Órgano Judicial para la defensa de nuestros derechos y cumplimiento del contrato.

E. Por el ejercicio de acción de cumplimiento forzoso y actuar negligente de la demandada; LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN SU MODALIDAD DE **DAÑOS PUNITIVOS** derivado 1.- del incumplimiento negligente del contrato de seguros; 2.- obligar a los beneficiarios a conseguir pruebas que le corresponden a la demandada para definir su decisión de pago; 3.- Actuar sin protocolos de su responsabilidad; 4.- obligar a los beneficiarios a tener la carga de probar que la titular estaba o no enferma a la vigencia del seguro contratado; 5.- Omitir realizar investigaciones a su cargo cuando es su responsabilidad; 6.- Establecer criterio dogmático para evitar realizar el pago del seguro contratado sin ninguna prueba científicamente idónea y 7.- dejarnos a nuestra suerte cuando el objetivo del pago del seguro era ayudarnos a concluir nuestros estudios en caso trágico de fallecimiento de un titular, como es el caso nuestro.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706e6263636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

SEGUNDO. ADMISIÓN Y EMPLAZAMIENTO. El **diecinueve de mayo de dos mil veinticinco**,[2] se admitió la demanda, se tuvieron por anunciadas las pruebas de la parte actora y se ordenó emplazar a la parte demandada, diligencia que se llevó a cabo el **diecinueve de junio siguiente**[3].

TERCERO. CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y VISTA. Por acuerdo de **catorce de julio de dos mil veinticinco**[4], se tuvo a **** ******* ****** , con el carácter de apoderado de **** ******* ******, contestando la demanda, con lo que se dio vista a la parte actora; en proveído de **uno de septiembre de dos mil veinticinco**[5], se tuvo por precluido el derecho que tenía la parte accionante para tal efecto, asimismo, en esa data se señaló fecha para la celebración de la audiencia preliminar.

Versión Pública

[2] Folios 85 a 91.
[3] Folio 132 a 137.
[4] Folios 142 a 146.
[5] Folios 152 a 155.

CUARTO. AUDIENCIA PRELIMINAR. El **nueve de marzo de dos mil veintiséis,**[6] se celebró la audiencia preliminar, en la que, entre otras cuestiones, se procedió a la calificación de las pruebas ofrecidas por las partes, y se señaló fecha para que tuviera verificativo la audiencia de juicio.

QUINTO. AUDIENCIA DE JUICIO. El **veinticuatro de junio de dos mil veintiséis**[7], se llevó a cabo la audiencia de juicio, en la que se desahogaron las pruebas admitidas en la audiencia preliminar, y toda vez que aún no se recibía la prueba de informe a cargo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ofrecida por la demandada, se suspendió la audiencia y se señaló nueva data para su continuación.

SEXTO. CONTINUACIÓN DE AUDIENCIA DE JUICIO – DICTADO DE SENTENCIA-. Al no haberse recibido el citado informe, en la continuación de la audiencia de juicio de **quince de julio de dos mil veintiséis**[8], se suspendió nuevamente la audiencia.

Después de diversos diferimientos, el **diez de noviembre del mismo año**, se continuó con la audiencia de juicio en la que se desahogó la prueba de informe, acto seguido, se recibieron los alegatos de las partes, se declaró visto el asunto, y se procedió al dictado de sentencia, lo que se hace en los términos siguientes:

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

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

[6] Folios 157 a 163 ídem.
[7] Folios 189 a 192 ídem.
[8] Folios 200 a 203 ídem.

PRIMERO. COMPETENCIA. Este Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Oaxaca, con residencia en San Bartolo Coyotepec, ejerce jurisdicción y es **legalmente competente** para conocer y resolver el presente asunto, pues se trata de una controversia entre unos particulares y una institución de seguros, tramitada en la vía oral mercantil, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 104, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 56, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; Acuerdo General 23/2018, del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, de seis de septiembre de dos mil dieciocho, relativo al inicio de funciones de este órgano jurisdiccional; Acuerdo General 3/2013, del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, de veintitrés de enero de dos mil trece, relativo a la determinación del número y límites territoriales de los Circuitos Judiciales en que se divide la República Mexicana; y al número, a la jurisdicción territorial y especialización por Materia de los Tribunales de Circuito y de los Juzgados de Distrito; órgano colegiado sustituido por el actual Órgano de Administración Judicial, en términos de lo previsto por los párrafos segundo y sexto del artículo 94 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

SEGUNDO. VÍA. Es procedente la vía oral mercantil, acorde con lo dispuesto por los artículos 75, fracción XVI, 1049, 1050, 1054, 1390 bis del Código de Comercio[9], ya que

[9] **"Artículo 75.**- La ley reputa actos de comercio: (…)

XVI.- Los contratos de seguros de toda especie; (…)".

"Artículo 1049.- Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar y decidir las controversias que, conforme a los artículos 4o., 75 y 76, se deriven de los actos comerciales".

"Artículo 1050.- Cuando conforme a las disposiciones mercantiles, para una de las partes que intervienen en un acto, éste tenga naturaleza comercial y para la otra tenga naturaleza civil la controversia que del mismo se derive se regirá conforme a las leyes mercantiles".

"Artículo 1054. En caso de no existir convenio de las partes sobre el procedimiento ante tribunales en los términos de los anteriores artículos, salvo que las leyes mercantiles establezcan un procedimiento especial o una supletoriedad expresa, los juicios mercantiles se regirán por las disposiciones de este libro y, en su defecto, se aplicará supletoriamente el

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

pJF-Versión Pública

el presente juicio versa sobre el pago de una póliza de seguro de vida, derivada del contrato de seguro relativo, además de que la presente controversia no tiene contemplada una vía especial en las leyes mercantiles.

TERCERO. LEGITIMACIÓN. Dicho presupuesto procesal está acreditado, pues en relación con los actores ***** ********y******** de apellidos ********* ********, figuran como **beneficiarios** de la póliza ********** **"Póliza de Seguro de Vida Individual"** y como asegurada ***** ******** ********; mientras que la institución **** ******* ******, es a quien se atribuye el incumplimiento de la obligación contraída mediante la póliza de seguro de vida citada; por ende, se encuentra facultada para oponerse a las prestaciones que son reclamadas.

CUARTO. FIJACIÓN DE LA LITIS. Para determinar cuál es la materia de controversia y, en consecuencia, los elementos de la acción, así como si éstos se acreditaron o si, por el contrario, se demostró alguna de las excepciones y/o defensas, es necesario acudir a los hechos invocados por la parte accionante como causa de pedir, y a lo aducido por la

---

Código Federal de Procedimientos Civiles y en caso de que no regule suficientemente la institución cuya supletoriedad se requiera, la ley de procedimientos local respectiva".

"Artículo 1390 Bis.- Se tramitarán en este juicio todas las contiendas mercantiles sin limitación de cuantía.

Contra las resoluciones pronunciadas en el juicio oral mercantil no procederá recurso ordinario alguno.

No obstante, las partes podrán solicitar al juez, de manera verbal en las audiencias, que subsane las omisiones o irregularidades que se llegasen a presentar en la substanciación del juicio oral, para el sólo efecto de regularizar el procedimiento.

Asimismo, el juez podrá ordenar que se subsane toda omisión que notare en la substanciación, para el solo efecto de regularizar el procedimiento.

Si las partes estimaren que la sentencia definitiva contiene omisiones, cláusulas o palabras contradictorias, ambiguas u oscuras, las partes podrán solicitar de manera verbal dentro de la audiencia en que se dicte, la aclaración o adición a la resolución, sin que con ello se pueda variar la substancia de la resolución. Contra tal determinación no procederá recurso ordinario alguno".

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

moral demandada en torno a ellos.

La parte actora aduce, en síntesis, lo siguiente:

a) Su extinta madre mediante solicitud **********, de doce de enero de 2021, solicitó la contratación de un seguro dotal por la suma de 12,000.00 dólares americanos y señaló como beneficiarios a los promoventes, con un porcentaje del 50% para cada uno; en el cuestionario de salud y actividades negó padecer diabetes mellitus de cualquier tipo.

b) La demandada emitió la póliza número **********, y se convalidó el contrato de seguro por la referida suma asegurada, de 12 de enero de 2021, con vigencia del 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2027.

c) Su madre falleció el 3 de noviembre de 2023 por causa natural, según el acta de defunción, por “acidosis metabólica 24 horas, lesión renal aguda 24 horas, síndrome mielodisplásico”.

d) Ese seguro, era para pagar la suma asegurada a los beneficiarios en caso de fallecimiento de la titular, como aconteció y la demandada les dejó la carga de la prueba y obtener una historia clínica médica de su madre y una vez cumplidos los trámites y otros documentos exigidos, el quince de marzo de 2024, la aseguradora resolvió denegar el cumplimiento y pago, pues señaló que la asegurada no manifestó que padecía diabetes mellitus tipo 2. Contrario a ello, su madre en ningún momento obró de mala fe, pues al resolver el cuestionario de la solicitud de seguro y

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

manifestar que no padecía esa enfermedad, era verdad, pues al contratar el seguro y posteriormente, jamás presentó dicha enfermedad, además que se realizaba análisis periódicos desde el 2016, hasta antes de su muerte y en sus resultados en glucosa presentaba estándares normales.

e) El elemento para negar el cumplimiento del contrato de seguro fue un resumen clínico que ellos mismos solicitaron al ISSSTE, el cual no está respaldado por ninguna evidencia científica.

f) Por lo que es ilegal el actuar de la demandada al negar el pago o cumplimiento del contrato de seguro y afirmar que su madre negó una enfermedad que padecía, pero lo real es que no la padecía ni la padeció durante la vigencia del seguro y en todo caso la carga de la prueba es de la demandada.

g) Ante la negativa de cubrir las coberturas amparadas por la póliza, se le debe condenar por daños punitivos, pues ese tipo de empresas debe dejar de desarrollar conductas lesivas a sus asegurados por lo que se debe castigarlos ejemplarmente, pues se dejan de manifiesto las conductas irregulares de la aseguradora como son el incumplimiento negligente del contrato de seguro, obligar a los beneficiarios a conseguir pruebas, actuar sin protocolos de su responsabilidad, obligar a los beneficiarios a tener la carga de probar que la titular estaba o no

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

enferma para vigencia del seguro contratado, omitir realizar investigaciones a su cargo cuando es su responsabilidad, establecer criterio dogmático para evitar realizar el pago del seguro contratado sin ninguna prueba científica idónea, y dejar a su suerte cuando el objetivo del pago del seguro era ayudarlos a concluir sus estudios.

h) Por tanto, es ilegal el proceder de la demandada al negar el pago del seguro contratado.

Por su parte, el apoderado de la aseguradora **** ******* ****** negó la procedencia de las prestaciones, y opuso las excepciones y defensas siguientes:

1. La nulidad del contrato de seguro metasegura personal, que rige la póliza ********, también identificado como **********.**
2. La de extinción de las obligaciones de la empresa de seguros.
3. La notificación por medios electrónicos de la extinción de las obligaciones de la empresa de seguros.
4. Falta de aviso oportuno del siniestro.
5. Reducción de la prestación de las obligaciones de la empresa de seguros.
6. Excepción de imposibilidad de desconocer los actos propios o excepción "venire contra actum propium".
7. Imposibilidad de modificar la demanda.
8. Falta de acción y derecho para reclamar cualquier prestación con base en la conducta procesal desplegada por la parte actora.
9. Falta de acción y derecho para reclamar el pago de gastos y costas.
10. Sine actione agis.
11. La excepción genérica, que se traduce en todas aquellas que deriven del escrito de contestación.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

Como sustento de ellas aduce lo siguiente:

1. Es cierto el hecho uno, pues es cierta la solicitud de seguro de 12 de enero de 2021, la cual se recibió por medios electrónicos; también es cierto que en esa solicitud se contiene el cuestionario de salud que la contratante asegurada requisitó voluntariamente, donde refirió no padecer enfermedades como diabetes en cualquiera de sus tipos, también negó padecimientos sobre enfermedades crónicas o incurables, como enfermedades de la sangre.

2. Es cierto el hecho dos, pues de acuerdo a la solicitud electrónica se emitió la póliza ********** también identificada como **********, y sus efectos comenzaron a partir del 13 de enero de 2021, el seguro contratado es un seguro de vida y no un seguro “dotal”, debido a que este seguro tiene la característica de constituir un ahorro durante su vigencia pero en el caso, esa cobertura adicional no fue contratada, no obstante el seguro se contrató en moneda dólares USA, no se estableció una meta de ahorro, sino solo el seguro de vida que garantizaba únicamente el pago de la suma asegurada, estipulada en el supuesto que el fallecimiento de la asegurada ocurriera dentro del plazo del seguro o al término del mismo si se encontrara con vida. Lo relevante es que del 13 de enero de 2021, la asegurada ya contaba con la edad de 60 años 5 meses cumplidos, es decir, fuera del rango máximo de aceptación del contrato de seguro, pues ese producto tiene establecido que el seguro solo es aplicable para asegurados cuya edad

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

se encuentren en el rango entre 12 a 60 años de edad, conforme a las cláusulas 18 y 19 de las condiciones generales que aplican al seguro; por lo cual, el contrato de seguro contratado es nulo por encontrarse fuera de los límites de admisión fijados por la aseguradora y por ende, sin efecto alguno; la edad de la contratante solo pudo ser comprobada cuando recibió el aviso del siniestro que dieron los beneficiarios el 26 de marzo de 2024, recibido el 4 de abril de ese año en la que acompañaron el acta de nacimiento de la asegurada, quien nació el 2 de julio de 1970 (sic), por lo cual, solo se está obligada a restituir las primas devengadas desde la contratación del seguro hasta la última aplicada el 13 de noviembre de 2023.

3. Es cierto el hecho tres, de acuerdo al atestado de defunción que acompañaron los beneficiarios al aviso de siniestro respectivo y de dicha acta de defunción se hace constar que una de las causas fue el padecimiento de síndrome mielodisplásico y aunque se estableció con una antigüedad de 4 meses, ello no corresponde con el resumen clínico emitido el 19 de marzo de 2024, por el hospital del ISSSTE, en el que claramente refieren padecimientos de enfermedades de la sangre de la asegurada, con inicio de diversos padecimientos desde 2018 por lo que el médico que certificó la causa de la muerte de la asegurada, no se trató de su médico tratante, ni de otro con el conocimiento de las enfermedades que padecía, por lo que se debe estar a las resultas del expediente clínico.

4. Es falso en parte y en otra cierto el hecho cuatro, ya

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

que el seguro contratado no es un seguro dotal, sino un seguro de vida y no obstante la suma asegurada básica es por la cantidad de 12,000.00 dólares, en un plazo de 6 años. Es falso que se haya impuesto a los actores en forma indebida la carga de la prueba, de obtener una historia médica de la extinta asegurada, ya que la aseguradora está facultada para exigir a los beneficiarios toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias, por lo que la carga se las impone el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo cual, los beneficiarios estaban obligados a gestionar esa documentación, pues la aseguradora carecía de la autorización necesaria para poder solicitar la generación y entrega de esos documentos, al tratarse de información confidencial y reservada de la asegurada. Además el aviso del siniestro del fallecimiento lo recibió la aseguradora hasta el 4 de abril de 2024, por lo que se encuentra fuera del plazo al que alude el segundo párrafo del artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Con base en esa información, el 15 de abril de 2024, se emitió la carta dictamen de rechazo a la reclamación, pues se determinó la improcedencia de la solicitud de indemnización, al comprobarse que la asegurada desde la contratación del seguro y hasta antes de su fallecimiento, no manifestó que padecía diabetes mellitus tipo 2, aunque también tuvo padecimientos de enfermedades de la sangre, consistente en síndrome mielodisplásico, que es una

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

enfermedad crónica e incurable, y que se trató de hacer incurrir en error a la aseguradora; lo anterior se basó en el resumen clínico emitido el 19 de marzo de 2024, por el hospital del ISSSTE, en el que se señala como padecimientos de enfermedades de la sangre de la asegurada desde el año 2018 y con base en ello, al no ser declaradas por la asegurada al requisitar su solicitud de seguro y hasta antes de su fallecimiento, se determinó la improcedencia del siniestro.

5. Es cierto en parte y falso en otro, el hecho cinco, pues a partir de que los beneficiarios le entregaron el resumen clínico en el que refiere el diagnóstico en el año 2019, de diabetes mellitus tipo 2, lo que conlleva a que se actuó en referencia al resumen clínico emitido por un instituto de salud pública, donde la información que se aporta es incuestionable y también se advierte que la asegurada tenía varios padecimientos de salud que facultan a la empresa aseguradora a la exclusión de las obligaciones contractuales, al pretender hacerla incurrir en error al disimular o declarar inexactamente hechos que excluyen la obligación y restringen el cumplimiento de pago reclamado.

6. Es falso el hecho seis e inverosímil que la asegurada no haya sido informada por los médicos del ISSSTE, que tenía un cuadro médico de diabetes mellitus tipo 2 y que posteriormente adquirió otras enfermedades de la sangre, consistente en síndrome mielodisplásico, que es una enfermedad crónica e incurable que fue la causa de su fallecimiento.

7. Es falso el hecho siete pues nunca se ha dado causa

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

ni motivo a la generación de daño alguno a los actores, y la figura de daños punitivos reclamados no está regulada en el derecho positivo mexicano. Además el documento que refieren los actores, se trata del resumen clínico emitido el 19 de marzo de 2024 por el hospital del ISSSTE, cuyas determinaciones y diagnósticos de padecimientos constituyen en sí mismos una opinión científica, pues se encuentran respaldados por diagnósticos de los médicos tratantes, referidos en un expediente médico pues se trata de un documento válido para demostrar los padecimientos preexistentes de la asegurada y con ello, se constituye prueba fehaciente que demuestra el rechazo de la aseguradora; como se señaló el haber utilizado un documento conseguido por los propios beneficiarios, es una obligación y responsabilidad en términos de lo establecido por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; además debe interpretarse como una confesión de los actores de su intención de ocultar la información para que pudiera ser comprobada por la aseguradora; no existe ningún precepto que imponga obligaciones a la aseguradora de realizar actos de verificación o investigación, ya que en términos de la normatividad referida se establece que la realización del siniestro y sus consecuencias solo son deducibles de la información sobre los hechos relacionados con el siniestro que el asegurado o los beneficiarios están obligados a proporcionar a la aseguradora; como se señaló, la aseguradora está facultada para exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

sobre los hechos relacionados con el siniestro por los cuales pueden determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias; la negativa del pago del seguro se basa en lo establecido en la ley de la materia. Fundado en un informe clínico de una institución pública con respecto de quien la aseguradora no tiene injerencia, informe que además fue presentado por los mismos beneficiarios; la ayuda o pago escolar no es una obligación establecida en el contrato de seguro, por el contrario su objetivo fue el pago de la suma asegurada estipulada en el supuesto de que el fallecimiento de la asegurada ocurriera dentro del plazo del seguro o a su término si se encontraba con vida, lo que excluye cualquier supuesto de ayuda o pagos escolares como refieren los actores. Al reclamarse el cumplimiento de la indemnización por mora, excluye el pago de la indemnización civil reclamada, pues implicaría una doble sanción.

8. Es falso el hecho ocho, ya que la asegurada padeció de diversas enfermedades catalogadas como crónicas e incurables no solo la diagnosticada como diabetes mellitus tipo 2, sino otras enfermedades de la sangre, consistente en síndrome mielodisplásico que provocaron su fallecimiento y al haber omitido comunicar esos padecimientos a la aseguradora, condujo a la extinción de las obligaciones

De lo anterior, se deduce que la materia de la **litis** en el presente asunto se circunscribe a determinar si resulta procedente condenar a **** ******* ****** al pago de las prestaciones, o en su defecto, si en la especie lo que procede es absolverla de cumplir con las referidas

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

exigencias por no encontrarse acreditados los elementos constitutivos de la acción o prosperar las excepciones opuestas.

QUINTO. ELEMENTOS DE LA ACCIÓN.

Precisados los hechos que como causa de pedir invoca la parte actora y la postura defensiva de la aseguradora demandada, se tiene que los elementos de la acción consisten en:

i) La existencia de la relación contractual, la cual dio origen a la póliza **********.**

ii) La existencia del siniestro.

iii) Incumplimiento injustificado de la obligación de pagar a la beneficiaria la suma asegurada.

En el entendido de que los dos primeros elementos deben ser acreditados por la parte actora y respecto al último elemento, se ha considerado suficiente que la parte accionante afirme la existencia del incumplimiento, pues conforme a las reglas que regulan la prueba, corresponde a la parte deudora demostrar el cumplimiento, o en su caso, demostrar que el incumplimiento que se le atribuye se encuentra justificado.

Sirve de apoyo, la tesis aislada de la Quinta Época, localizable en la página 1697, Tomo CXXII, del Semanario Judicial de la Federación, con registro 340607, de rubro y texto: "**CONTRATOS, INCUMPLIMIENTO DE LOS (CARGA DE LA PRUEBA)**."

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

I) PRIMER ELEMENTO DE LA ACCIÓN.

El **primero de esos elementos** está acreditado, pues no existe controversia acerca de la relación contractual que vincula a ambas partes, ya que, tanto en la demanda como en la contestación, aceptaron el vínculo establecido entre éstas.

Además, ambas partes exhibieron la citada póliza número ********** donde se acredita la relación contractual de la parte accionante como beneficiarios y **** ******* ******* respecto del contrato de seguro de vida individual, al amparo del cual se emitió la referida póliza, con vigencia del trece de enero de dos mil veintiuno al trece de enero de dos mil veintisiete, documental que adquiere valor probatorio pleno en términos del artículo 1296 del Código de Comercio.

Resulta aplicable, en lo conducente, la tesis con registro digital 240458, sustentada por la entonces Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de rubro: ***"SEGURO DE VIDA, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE."***

Sin que obste, que la parte actora haya referido que su extinta madre solicitó la contratación de un seguro "dotal"; sin embargo, la demandada precisó que el seguro contratado es

Versión Pública

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

un “seguro de vida individual” y no un seguro “dotal”, debido a que este último tiene la característica de constituir un ahorro durante su vigencia, pero en el caso, esa cobertura adicional no fue contratada, y no obstante el seguro se contrató en moneda dólares USA, no se estableció una meta de ahorro, sino solo el seguro de vida individual que garantizaba únicamente el pago de la suma asegurada, estipulada en el supuesto que el fallecimiento de la asegurada ocurriera dentro del plazo del seguro o al término del mismo si se encontrara con vida.

Aunado a que de los hechos narrados y de las prestaciones reclamadas por la parte accionante, no se advierte que refiriera que el seguro contratado fuera de ahorro, sino lo que reclama, es que ante la actualización del siniestro, defunción de la asegurada, solicita el pago de la cantidad pactada como suma asegurada; de ahí que como lo precisó la enjuiciada, lo reclamado es el seguro de vida y no de algún tipo de ahorro.

II) SEGUNDO ELEMENTO DE LA ACCIÓN.

El **segundo elemento** se encuentra **demostrado**, pues en primer término, el riesgo se encuentra amparado por la póliza basal, toda vez que como se señaló y lo afirmó la demandada en su escrito de contestación de demanda, de la citada póliza número ********** se advierte que la asegurada contrató el seguro de vida, que garantizaba el pago de la suma estipulada, en el supuesto de que el fallecimiento de dicha asegurada ***** ******** ******** , ocurriera dentro del plazo del seguro; tal como ocurrió.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6628636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

En efecto, la parte accionante acreditó la actualización del siniestro, con el acta de defunción de la que se advierte como fecha de defunción el tres de noviembre de dos mil veintitrés,[10] de la asegurada ***** ******** ********, por causas de: "***Acidosis metabólica 24 horas, lesión renal aguda 24 horas, síndrome mielodisplasico (4 meses)***".

Constancia que adquiere valor probatorio pleno en términos de los artículos 1237, 1238, 1241, 1296, 1298 y 1390 bis 44 del Código de Comercio, dado que al tratarse de una documental pública, reviste de eficacia demostrativa plena, al ser emitida por un servidor público en ejercicio de sus funciones, aunado que es de carácter oficial al constar el sello de la institución que la emite.

En cuanto al aviso del siniestro, debe destacarse que la parte actora en sus hechos omitió indicar la fecha en la que cumplió con tal obligación, ya que únicamente en el hecho cuarto refiere que la parte demandada les dejó toda la carga de la prueba a fin de obtener una historia clínica médica de su extinta madre y los obligó a realizar trámites de solicitudes engorrosas y tardadas, y una vez cumplido con ese y otros documentos, exigidos por la demandada, fue que hasta el quince de marzo (sic) (abril) de dos mil veinticuatro, que la aseguradora les envió la resolución de denegación de cumplimiento y pago; de igual forma, omiten ofrecer prueba alguna de la entrega de dicho aviso a la demandada.

Por su parte, la demandada al contestar los hechos de la demanda indicó que el aviso de siniestro de veintiséis de marzo de dos mil veinticuatro, lo recibió el cuatro de abril de dos mil veinticuatro, lo cual se corrobora con las documentales que exhibió de manera digital.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

[10] Foja 35 ídem.

Por consiguiente, debe prevalecer que los actores beneficiarios dieron el aviso del siniestro el día **cuatro de abril de dos mil veinticuatro**.

Ahora bien, no pasa por alto que la demandada sostiene que tal aviso se realizó fuera del plazo previsto en las condiciones generales y en términos del artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que resulta improcedente el pago reclamado, sin embargo, contrario a lo expuesto por la aseguradora enjuiciada, debe decirse que el aviso extemporáneo no trae como consecuencia **la pérdida de la obligación de cumplir con el pago del seguro de vida ante la falta de aviso oportuno**, esto en virtud de que los artículos 66 y 67 de la citada ley, sólo establecen como sanción al incumplimiento de esa obligación la posibilidad de que la aseguradora pueda **reducir** la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiera dado oportunamente, pero ello no implica de manera alguna la extinción de las obligaciones por ella contraídas.

Es aplicable al caso la tesis I.4o.A.311 A, emitida por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, de rubro: ***“SINIESTRO, AVISO DE. LA FALTA OPORTUNA A LA ASEGURADORA SÓLO DA LUGAR A QUE LA INDEMNIZACIÓN SEA REDUCIDA Y NO A PERDER EL DERECHO A ELLA.”***

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6d2f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública
PJF
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

De igual manera se cita la tesis aislada de registro digital 239283, emitida por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de rubro: ***"SEGURO, CONTRATO DE. AVISO POR ESCRITO DEL ACCIDENTE. CONSECUENCIAS DE SU OMISION."***

Por consiguiente, si el siniestro aconteció el tres de noviembre de dos mil veintitrés, es evidente que el último día que tenían para realizar el aviso correspondiente era el diez de noviembre del año citado, por tanto, si el aviso se recibió ante la aseguradora el cuatro de abril de dos mil veinticuatro, es incuestionable que se ejecutó fuera del plazo previsto tanto en las condiciones generales, así como en los artículos 66 y 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en consecuencia, resultan **fundadas** la excepciones relativas a ***"4. La que se basa en la alta de aviso oportuno" "5. La que se basa en la reducción de la prestación de las obligaciones de la empresa de seguros",*** por consiguiente, en caso de existir condena a favor de los actores respecto de los beneficios pactados en la póliza, deberá cumplirse con la

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

sanción establecida en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De ahí que se tenga por **acreditado el segundo elemento de la acción**.

III) TERCER ELEMENTO DE LA ACCIÓN.

Ahora, por lo que respecta al **tercer elemento de la acción** relativo al **incumplimiento injustificado de la obligación de pagar a los beneficiarios la suma asegurada**, se **encuentra acreditado,** por las razones siguientes.

La parte actora en el escrito de demanda, sostiene que la aseguradora enjuiciada se ha abstenido de pagarle **la póliza** **********.

Al respecto la aseguradora demandada, opone la excepción que denomina "***1. La nulidad del contrato de seguro metasegura personal, que rige la póliza ********** también identificado como*** **********", y argumenta que en la fecha de contratación del seguro, trece de enero de dos mil veintiuno, la asegurada ***** ******** ********, contaba con la edad de sesenta años con cinco meses, fuera del rango máximo de aceptación del contrato de seguro "MetaSegura Personal" que es de doce a sesenta años de edad, por lo cual, el contrato de seguro, es nulo de pleno derecho y la empresa aseguradora solo está obligada a restituir las primas devengadas desde su contratación hasta la última de ellas, trece de noviembre de dos mil veintitrés.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
Versión Pública

Cabe señalar al respecto, que el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dispone:

> **“Artículo 171.-** Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.”

Como se advierte del numeral transcrito, uno de los supuestos para rescindir el contrato, es que se compruebe que hubo **inexactitud** en las indicaciones de la edad del asegurado.

Ahora, en la solicitud del seguro de vida individual y en el cuestionario de salud y actividades se precisó: "***Fecha de Nacimiento: 02/07/1960”, “RFC: **********”, “CURP: **********”***

En la **póliza** respectiva, entre otros datos de la asegurada se señaló: "***Fecha de Nacimiento: 02/07/1960. Edad: 60 años”***.

En el acta de defunción de la asegurada se advierte: “***FECHA DE NACIMIENTO: 2/7/1960 DOS DE JULIO DE MIL NOVECIENTOS SESENTA***”.

Como se advierte de lo anterior, desde la solicitud de la póliza, la asegurada proporcionó los datos exactos de la fecha de su nacimiento, es decir, el dos de julio de mil novecientos sesenta y no en forma **inexacta**, lo que se corroboró con el acta de defunción correspondiente.

De ahí que la aseguradora tuvo pleno conocimiento de la fecha de nacimiento de la asegurada, y por ende, de su edad, desde que se realizó la solicitud respectiva; por lo cual, desde esa fecha estuvo en aptitud de no aceptar el contrato

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

relativo, pues no se aportó dato falso al respecto; sin que lo haya hecho como hasta ahora lo pretende

Se invoca al respecto la tesis I.5o.C.44 C (11a.), publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 23, Marzo de 2023, Tomo IV, página 3827, Undécima Época, con registro digital: 2026048, de rubro: "***CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR POR PARTE DEL PROPONENTE TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO AL MOMENTO DE CONTRATAR, ES DIVERSA A LA DECLARACIÓN QUE SE HACE AL PONER EN CONOCIMIENTO DE LA ASEGURADORA LA ACTUALIZACIÓN DEL SINIESTRO, DADO QUE TIENEN FINALIDADES Y CONSECUENCIAS DIFERENTES"***.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Por tanto, deviene **infundada** la **excepción** hecha valer al respecto.

Por otra parte, la enjuiciada sostiene en sus restantes excepciones que la asegurada se condujo con falsedad, omisiones e inexactitudes, al declarar en el cuestionario respectivo que no padecía diabetes mellitus tipo dos, no obstante también tuvo padecimientos de enfermedades de la sangre, consistente en síndrome mielodisplásico, que es una

enfermedad crónica e incurable, con lo cual, trató de hacer incurrir en error a la aseguradora; por lo cual, declaró improcedente su reclamación.

Por ello, previo a proceder al estudio para determinar si asiste o no razón a los accionantes respecto al derecho que tienen para que se les cubran el pago del seguro de vida con números de **póliza** **********; se considera pertinente el análisis de las restantes excepciones relativas a "***2. La de extinción de las obligaciones de la empresa de seguros"; "3. La que se basa en la notificación por medios electrónicos de la extinción de las obligaciones de la empresa de seguros"; "6. Excepción de imposibilidad de desconocer los actos propios o excepción venire contra actum propium" y "8. Excepción de falta de acción y derecho para reclamar cualquier prestación con base en la conducta procesal desplegada por los actores";*** derivadas de la omisión o inexacta declaración que realizó la asegurada para la contratación de la póliza referida y que en su caso ocasionó la rescisión del contrato y por consiguiente la improcedencia del pago.

Cabe resaltar que al respecto la parte actora manifestó que la asegurada no padecía la citada enfermedad de diabetes mellitus tipo dos, ni la padeció durante la vigencia del seguro y en todo caso, la carga de la prueba es de la demandada.

Planteada así la litis, conviene traer a colación el contenido de los artículos 1194, 1195 y 1196 del Código de Comercio, que establecen las cargas probatorias en juicios de naturaleza mercantil, los cuales disponen:

> "***Artículo 1194.*** *El que afirma está obligado a probar. En consecuencia, el actor debe probar su acción y el reo sus excepciones.*

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

> ***Artículo 1195.*** *El que niega no está obligado a probar, sino en el caso en que su negación envuelva afirmación expresa de un hecho.*
>
> ***Artículo 1196.*** *También está obligado a probar el que niega, cuando al hacerlo desconoce la presunción legal que tiene a su favor el colitigante.*"

Dispositivos de los cuales se colige que, por regla general, es a la parte actora a quien corresponde demostrar su acción, y a la demandada sus excepciones; asimismo, que el que niega no está obligado a probar, sino en el caso en que su negación envuelva afirmación expresa de un hecho; y, también está obligado a probar el que niega, cuando al hacerlo desconoce la presunción legal que tiene a su favor el colitigante.

Asimismo, resulta pertinente tener en cuenta lo dispuesto por los artículos 8º, 9° 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que disponen lo siguiente:

> *"**Artículo 8º.** 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 9°**.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."*
> *"**Artículo 10**.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."*
> *"**Artículo 47.** Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de*

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro".
*"**Artículo 48.**- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración."*

Atento los numerales transcritos, se advierte que 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.

Asimismo, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Sobre esa base legal, en el caso concreto, corresponde a la parte demandada acreditar que la extinta asegurada ***** ******** ********, omitió precisar que padecía una enfermedad preexistente al momento de la contratación del seguro.

Así, se tiene que cuando la aseguradora hace valer en el juicio, la omisión de declaración del asegurado, **tendrá la obligación de acreditar durante el desarrollo de la secuela procesal, que este último, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo**.

Por lo que si se trata de una enfermedad, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, la asegurada ya padecía tal afección; **sino que también es indispensable que se**

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF Versión Pública

pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha dolencia; pues, de no ser así, **no es dable jurídicamente determinar que la solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a ella le era desconocido**.

Ahora, del material probatorio admitido en el presente juicio a la parte demandada, se advierte el siguiente:

1. DOCUMENTALES consistentes en:

a) Duplicado de la póliza número ********** también identificada como **********, que integra el contrato de Seguro MetaSegura Personal celebrado el 13 de enero de 2021.
b) Condiciones Generales del contrato de Seguro MetaSegura Personal.
c) Impresiones de pantalla insertas en el escrito de contestación, relativas a la solicitud de seguro de 12 de enero de 2021 número **********.
d) Expediente del siniestro número **********, compuesta por los siguientes anexos:

a).- Declaración 1 (tres formatos), relativa a la información sobre los hechos relacionados con el siniestro BX23N01658 de fecha 26 de marzo de 2024 presentada a la aseguradora con fecha 04 de abril de 2024.

b).- copia del certificado de defunción de la asegurada Adela Martínez Valencia.

c).- Estados de cuenta de los beneficiarios EDWIN GEOVANNI GUTIERREZ MARTINEZ y GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ.

d).- Acta de Defunción en formato electrónico de la asegurada Adela Martínez Valencia.

e).- Acta de Nacimiento de la asegurada Adela Martínez Valencia.

f).- Actas de Nacimiento de los beneficiarios EDWIN GEOVANNI GUTIERREZ MARTINEZ y GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ.

g).- Copia digitalizada de la identificación oficial de la asegurada Adela Martínez Valencia.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
Versión Pública

h).- Copias digitalizadas de las identificaciones oficiales de los beneficiarios EDWIN GEOVANNI GUTIERREZ MARTINEZ y GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ.

i).- Comprobante de domicilio que tuvo la asegurada Adela Martínez Valencia.

j).- Resumen Clínico emitido con fecha 19 de marzo de 2024 por el Hospital Regional "Presidente Juárez" de Oaxaca del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el que claramente refier...

e) Carta de rechazo al siniestro **********.
f) Impresión de la correspondencia electrónica, relativo al correo electrónico y sus anexos remitidos de la cuenta de la moral demandada al correo de los actores.
g) Instrumento público ******* pasado ante la fe del notario público *** de la Ciudad de México.
h) Constancia de Situación Fiscal de la moral demandada así como la identificación del apoderado.

2. I**NFORME** a cargo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

3. CONFESIONAL a cargo de los actores.

4. PRESUNCIONAL en su doble aspecto, legal y humana.

5. INSTRUMENTAL DE ACTUACIONES

De las citadas pruebas, ninguna de ellas acredita que la citada asegurada ***** ******** ******** , conocía que padecía de diabetes mellitus tipo dos o cualquier otra enfermedad crónica e incurable, al momento de la contratación del seguro, y que por ello hubiera sido omisa en asentar dicha información.

Lo anterior, toda vez que de las citadas **documentales**, no obstante con valor probatorio en términos de los artículos 1241 y 1296, ambos del Código de Comercio[11], sin embargo, solo son aptas para justificar la

[11] "Artículo 1241.- Los documentos privados y la correspondencia procedentes de uno de los interesados, presentados en juicio por vía de prueba y no objetados por la parte contraria, se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si hubieren sido reconocidos expresamente. Puede exigirse el reconocimiento expreso si el que los presenta así lo pidiere; con este objeto se manifestarán los originales a quien deba reconocerlos y se le dejará ver todo el documento, no sólo la firma.
Artículo 1296.- Los documentos privados y la correspondencia procedentes de uno de los interesados, presentados en juicio por vía de prueba y no objetados por la parte

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública - PJF

existencia de la póliza, de las Condiciones Generales en que se realizó el contrato de seguro respectivo, su solicitud, lo relativo al siniestro, un resumen clínico, los atestados relativos a la defunción de la asegurada, así como al nacimiento de los beneficiarios actores, motivos que señaló la aseguradora para rechazar el pago del siniestro, las facultades del apoderado legal de la demandada y que está inscrita ante el SAT.

En relación al **informe** a cargo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con valor probatorio conferido por el numeral 1292 del Código de Comercio, se destacan las respuestas siguientes:

> *"2. Si a la extinta* ***** ******** ********
> *le fueron realizados exámenes de glucosa durante los años 2019, 2020, 2021, 2022.*
>
> *Respuesta: en el año 2019 no recibió atención es ese hospital, ya que no asistió a una cita del servicio de urología el 29 de julio del 2019 (se adjunta copia de los registros ANEXO 2), durante los años 2020 y 2021, no recibió atención es ese hospital, el 10 de octubre de 2022 sí se le realizó determinación de glucosa en sangre. (ANEXO 3)"*
>
> *"7. b). Para que informen si en dicho expediente, se contiene diagnóstico emitido desde el año 2019 por el que se determinó que la señora* ***** ******** ********,
> *padecía Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión Arterial Sistémica.*
>
> *Respuesta: en el año 2019 no recibió atención en este hospital, ya que no asistió a una cita del servicio de urología (se adjunta copia de los registros). Existe un registro de la CMF Oaxaca del 26 de junio del 2019 por el servicio de medicina interna con diagnóstico de*

contraria se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si hubieren sido reconocidos expresamente. Puede exigirse el reconocimiento expreso si el que los presenta así lo pidiere; con este objeto se manifestarán los originales a quien debe reconocerlos y se les dejará ver todo el documento, no sólo la firma."

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Diabetes Mellitus no insulinodependiente”.

No obstante lo anterior, de ese informe no se advierte que en la fecha de contratación del seguro (doce de enero de dos mil veintiuno) la asegurada tuviera conocimiento que padecía de diabetes mellitus tipo dos o cualquier otra enfermedad crónica e incurable, como lo refiere la enjuiciada y que haya omitido manifestarla en el cuestionario adjunto a la solicitud respectiva.

En efecto, en cuanto al citado informe, así como el resumen clínico de diecinueve de marzo de dos mil veinticuatro, emitido por el citado hospital del ISSSTE, y que refirió la enjuiciada sirvió de sustento para declarar improcedente el pago del siniestro amparado en la póliza de seguro de vida individual; dichos documentos, no son suficientes para acreditar las excepciones analizadas, ya que es evidente que los diagnósticos dados, **sin estudios de laboratorio y gabinete**, son insuficientes para afirmar que la finada asegurada, tuvo un diagnóstico de diabetes mellitus y de síndrome mielodisplásico, este último de cuatro meses antes de su fallecimiento, y que tuvo conocimiento de ellos, ya que se estima necesario que dentro del expediente clínico obrara algún estudio que se le hubiera practicado y que el médico tratante se refiriera en específico a él, a fin de corroborar lo asentado.

Es viable destacar que si bien de las notas médicas que obran en el referido informe en los meses de abril y mayo de dos mil veintitrés, se asentó como diagnóstico entre otras, diabetes mellitus tipo dos, no se advierte que se hubiera tenido a la vista algún tipo de examen clínico, a efecto de determinar ese padecimiento, ya que solo se enumeran los síntomas que presentó en ese momento la asegurada.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

En efecto, el diagnóstico de un paciente debe hacerse constar en un documento, **derivado de diversas revisiones y estudios médicos que se le realicen**, mediante los cuales se determina un **diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse** con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes.

En los apartados 4.10 y 5.13 de la Norma OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, que en términos del apartado 2, "*es de **observancia obligatoria** para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los **sectores público**, social y privado, incluidos los consultorios*", dice lo siguiente:

> *"4.10 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.*
>
> *Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete."*
>
> *"5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma"*

De la anterior transcripción, se advierte que un resumen clínico, no solo está integrado por los registros de diagnósticos del médico tratante, **sino debe estar apoyado en estudios de laboratorio y de gabinete**, lo que en la especie no aconteció.

En cuanto a la **confesional**, con valor probatorio en términos del artículo 1287 del Código de Comercio, a cargo de los actores, ambos fueron coincidentes en contestar que la asegurada no padeció de diabetes y en cuanto si supieron si

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6628636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

la asegurada padeció alguna enfermedad crónica, contestaron en forma similar que en el año dos mil veintitrés, cuatro meses antes de su fallecimiento, le detectaron síndrome mielodisplásico.

Respecto a la **instrumental de actuaciones**, no le aporta a la pretensión de la demandada, puesto que, de autos, no se desprende documento alguno que pudiera justificar el conocimiento de la asegurada al momento de contratar el seguro, de alguna enfermedad y que tenga relación con alguna determinante de su muerte.

Igualmente acontece en cuanto a la **presuncional en su doble aspecto**, puesto que no se desprende presunción alguna que opere en favor de la hoy demandada.

De ahí que no se advierte algún indicio en actuaciones que acredite que la contratante finada tenía conocimiento del padecimiento alegado y que actuó de mala fe al omitir informarlo a la aseguradora demandada al momento de contratar la póliza correspondiente.

Además, **conforme a la sana critica, la lógica y las reglas de la experiencia del juzgador,** si en el caso existía duda de las afirmaciones hechas por la beneficiaria o incluso para corroborar la información recibida, ante tal premisa la aseguradora estaba **facultada** para realizar por conducto de los médicos de ésta, exámenes y estudios respectivos, ya que como especialistas en la materia, pueden advertir, mejor alguna enfermedad que el propio solicitante desconozca y para que incluso la aseguradora demandada estuviera en posibilidad de determinar si aceptaba o no la contratación solicitada.

En este sentido, **si no se demuestra ese conocimiento pleno de la enfermedad, tampoco se**

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

acredita que hubiera omitido esa información al llenar el cuestionario correspondiente.

Se aplica al caso la tesis I.15o.C.6 C (11a.), emitida por el Décimo Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, de rubro: ***"SEGURO DE VIDA. EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN NO CONSTITUYE PRUEBA IDÓNEA PARA QUE LA ASEGURADORA ACREDITE QUE, AL MOMENTO DE SU CONTRATACIÓN, LA ASEGURADA CONOCÍA PLENAMENTE QUE PADECÍA UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE."***

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

De igual forma resulta aplicable la tesis I.3o.C.788 C, emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia civil del Primer Circuito, de rubro: "***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.***"

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Así como la tesis I.14o.C.15 C del Décimo Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo XVIII, julio de 2003, página 1215, registro 183699, materia civil, de rubro: "***SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO***"

Ahora en relación a las documentales de **quince de abril de dos mil veinticuatro**, que declara improcedente el pago reclamado, con apoyo en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sustentado en el hecho que la "***asegurada no manifestó que padecía Diabetes Mellitus Tipo 2"***.

Cabe destacar al respecto, que de conformidad con el citado artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la empresa aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Así lo prescribe literalmente dicho precepto:

> "**Artículo 70.-** Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

Es importante aclarar que estas falsas o inexactas declaraciones por parte del asegurado **ocurren al momento en que da el aviso del siniestro**; y para que se actualice dicha excluyente, las declaraciones fraudulentas deben recaer sobre los **hechos determinantes del siniestro** que, de conocerse, configurarían alguna exclusión o limitación que harían cesar o al menos reducir las obligaciones de la empresa.

De esta manera, la aseguradora tiene la carga de realizar una investigación sobre las circunstancias del siniestro y solicitar toda clase de información a los asegurados, que derive en prueba suficiente para desvirtuar la presunción de buena fe en las declaraciones realizadas al hacerse el aviso del siniestro por el asegurado; es decir, la carga de la prueba contra dicha presunción corresponde a la aseguradora.

En esos términos se pronunció la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis 1a. LXV/2018 (10a.), con número de registro: 2017152, de rubro:

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

“CONTRATO DE SEGURO. EL ARTÍCULO 70 DE LA LEY RELATIVA NO CONTRAVIENE EL DERECHO DE AUDIENCIA NI EL DEBIDO PROCESO.”



Así como la diversa tesis número 1a. LXVII/2018 (10a.), sostenida por la referida Primera Sala, con número de registro 2017153, de rubro: **“CONTRATO DE SEGURO. EL ARTÍCULO 70 DE LA LEY RELATIVA NO VIOLA EL DEBER DE PROTECCIÓN A LOS CONSUMIDORES”**.



Ahora, de la interpretación sistemática de los artículos 52, 55, 58, fracción I, 61 y 78 de la Ley sobre el Contrato de Seguro[12], existe una agravación que es esencial en el riesgo

[12] Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.
Artículo 58.- La agravación del riesgo no producirá sus efectos: I.- Si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la empresa aseguradora; II.- Si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la empresa aseguradora o cumplir con un deber de humanidad; III.- Si la empresa renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por esa causa. Se tendrá por hecha la renuncia si al recibir la empresa aviso escrito de la agravación del riesgo, no le comunica al asegurado dentro de los quince días siguientes, su voluntad de rescindir el contrato.
Artículo 61.- Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedará en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6623636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

amparado por una póliza de seguro, cuando se refiere a un hecho de tal magnitud que la empresa aseguradora habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga, puesto que en esa hipótesis, tal hecho o hechos pudieron impedir o atenuar el riesgo, o bien, impedir su agravación.

En esa línea interpretativa, la agravación del estado del riesgo es el aumento de probabilidades de su realización, por hechos o actos sobrevinientes al estado declarado de ese mismo riesgo al momento de celebración del contrato. El aumento de probabilidades debe ser de tal naturaleza que, de haber existido al tiempo de celebración del contrato, el asegurador no hubiera asumido el riesgo (celebrado el contrato), o lo hubiera hecho por una prima más elevada.

Además de modificar el estado declarado al momento de celebración del contrato, el suceso que provoque el aumento de las probabilidades de realización del riesgo debe tener las características de novedad, imprevisibilidad, durabilidad y relevancia.

A efecto de que la aseguradora pueda entonces liberarse de su obligación de pago como consecuencia de lo anterior, debe probar que l**a agravación esencial del riesgo influyó en el siniestro,** esto es, que exista un incumplimiento por parte del asegurado de las obligaciones que se pacten en el contrato de seguro para atenuar el riesgo o impedir su agravación, y que **ese incumplimiento de obligaciones tiene influencia o es determinante en la actualización del siniestro**.

Artículo 78.- La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Es ilustrativa sobre el tema, la tesis de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con número de registro: 237138, de rubro: **"SEGUROS, OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS DE. NO CESAN CUANDO LA AGRAVACION ESENCIAL DEL RIESGO NO INFLUYE EN EL SINIESTRO."**



Como puede verse, esta excluyente y la anterior guardan similitud en que la aseguradora tiene la carga de probar que las declaraciones fraudulentas en el aviso del siniestro (en la primera) o los hechos agravantes omitidos o generados (en la segunda) realmente **fueron determinantes en la realización del siniestro**.

La diferencia radica en que esta última excluyente ocurre **durante la vigencia del contrato**, y se actualiza por omisión de aviso de los hechos agravantes o por incumplimiento de la obligación del asegurado de impedir la agravación del riesgo.

Ahora, en términos del artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si el asegurado omitió o declaró inexactamente hechos **importantes** para la apreciación del riesgo que sean o deban ser conocidos **en el momento de la celebración del contrato de seguro**; entonces la aseguradora tiene la facultad de considerar **"rescindido de pleno derecho"** el contrato.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706e6263636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

Así lo establece dicho precepto legal, relacionado con los numerales 8, 9 y 10 de la propia ley:

> **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.
>
> **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 9**.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.
>
> **Artículo 10**.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

La razón de ser de esta causa de rescisión radica en que al celebrar el contrato de seguro, la empresa aseguradora incurrió en un error, que es un vicio del consentimiento, en relación con **hechos importantes** para la apreciación del riesgo que pudieron influir en las condiciones convenidas, pero que fueron omitidos por la parte del asegurado en términos del artículo 8 transcrito; de tal suerte que, si la empresa hubiera conocido esos **hechos relevantes**, no hubiera asumido el riesgo (celebrado el contrato) o lo hubiera hecho por un prima más elevada.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a66330000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

A diferencia de la excluyente por declaración fraudulenta en el aviso del siniestro, **aquí la omisión o inexacta declaración del asegurado se da al momento de la celebración del contrato**, y recae sobre hechos anteriores a la contratación del seguro **que aumentan las probabilidades de realización del riesgo**; hechos relevantes que la empresa aseguradora desconocía al momento de celebrar el contrato de seguro, pues, de haber conocido tal agravante, no hubiera aceptado el contrato o habría contratado en condiciones diversas.

Así, dependiendo del tipo de seguro, existen hechos importantes sobre la probabilidad de que ocurra el siniestro y que pueden influir en las condiciones convenidas; por ejemplo, para un seguro de vida o invalidez, resulta relevante conocer si el asegurado tiene alguna enfermedad preexistente, esto es, algún padecimiento diagnosticado con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza que eleve altamente la posibilidad de que el riesgo contratado se materialice (fallecimiento o incapacidad del asegurado).

Si el asegurado omite manifestar estas enfermedades preexistentes al momento de contratar el seguro, inducirá entonces a la aseguradora a una falsa apreciación sobre la magnitud del riesgo que asume por virtud del contrato; lo que le permitirá liberarse de la obligación de pagar la suma asegurada ante ese error de hecho, en términos del citado artículo 47.

Pero, para que se actualice esta excluyente, la compañía aseguradora tiene la carga de anular la presunción de buena fe que pesa sobre las declaraciones precontractuales que sobre el riesgo formuló la parte asegurada, es decir, que actuó con mala fe, en el sentido de que, a pesar de conocer tales hechos y de ser requerida su

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6263636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

manifestación mediante los cuestionarios a que refiere el artículo 8, ocultó la verdad a su contraparte, induciéndola al error.

En ese sentido, ilustra al respecto el criterio sustentado en la tesis I.14o.C.15 C,14, con número de registro 183699, de rubro siguiente: **"SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO".**

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a662f636a663300000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Ahora como se advierte de las citadas documentales de **quince de abril de dos mil veinticuatro**, en las que la aseguradora enjuiciada declara improcedente el pago reclamado, con apoyo en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sustentado en el hecho que la "***asegurada no manifestó que padecía Diabetes Mellitus Tipo 2"***.

Y del acta de defunción de la asegurada se advierte como causa de su muerte: "***Acidosis metabólica 24 horas, lesión renal aguda 24 horas, síndrome mielodisplasico (4 meses)***".

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Sin que la enjuiciada justificara en esos documentos de **quince de abril de dos mil veinticuatro**, por el que declara improcedente el reclamo de pago hecho o en su caso, en este juicio, que la enfermedad preexistente que refirió padecía la asegurada ***"diabetes mellitus tipo 2"*****,** influyó en el siniestro o es determinante en su actualización, esto es, que haya provocado el aumento de las probabilidades de realización del riesgo.

Pues como se precisó en párrafos precedentes, a fin de que la aseguradora pudiera liberarse de su obligación de pago, como consecuencia de la existencia de una enfermedad preexistente, debía probar que la agravación esencial del riesgo fue determinante para la actualización del siniestro; pues de lo contrario, si la enfermedad no declarada no influyó en el siniestro, no se podrá considerar que hayan cesado de pleno derecho las obligaciones de la empresa aseguradora, ni ésta podrá hacer uso de las cláusulas o normatividad que la liberen de sus obligaciones.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Ciertamente, la aseguradora demandada omitió acreditar que la citada enfermedad que refiere como preexistente, agravó en forma esencial el riesgo y además que esa agravante fuera determinante en la realización del siniestro.

En efecto, la institución demandada omitió acreditar que con base en las condiciones generales o la normatividad aplicable, la enfermedad preexistente de la accionante, aumentaron las probabilidades de realización del siniestro, esto es, la causa de la muerte de la asegurada, esto es "***Acidosis metabólica 24 horas, lesión renal aguda 24 horas, síndrome mielodisplasico (4 meses)***"; y con ese proceder, la asegurada indujo al error a la aseguradora a fin de que se firmara la solicitud respectiva y por ende, se

Versión Pública
PJF

emitiera la póliza correspondiente o que se tratara de un hecho relevante que de haberlo conocido, no hubiera asumido el riesgo o lo hubiera hecho por una prima más elevada; de ahí se estime, que lo asentado por la demandada en ese comunicado, es dogmático y carece de sustento.

En adición, debe tenerse en cuenta que, conforme al artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas[13], la aseguradora debe asesorar de buena fe, en forma clara y precisa a sus clientes, acorde con las sanas prácticas comerciales, de modo 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 o limitaciones que invoca para negar el pago del seguro, lo que como se vio, en el caso concreto, no ocurrió.

De ahí que, por las razones expuestas, sean **infundadas** las **excepciones** hechas valer, mencionadas con antelación**.**

Sin que de las pruebas aportadas que se precisaron y valoraron en párrafos precedentes, se justifique lo contrario.

Referente a la excepción de **"*7. La que se basa en la***

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

[13] **Artículo 200**.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios: **I.** Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman; […]
IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general; […].

***imposibilidad de modificar la demanda*”,** que la institución demandada sustenta en el hecho que debe desestimarse la demanda sin que se dé oportunidad a la parte actora para alterarla o modificarla, en cuanto a las prestaciones, hechos o documentos.

En ese sentido, se indica que tal excepción **también resulta infundada**, pues en el caso, durante la secuela procesal la actora no corrigió ni modificó su escrito inicial de demanda, sino que la acción se analizó como fue planteada.

Por lo que hace a la defensa que opuso la parte demandada, de “**sine actione agis”**, se considera **infundada**, dado que no entraña defensa alguna, sino que es la simple negación del derecho ejercitado, que tiene como efecto arrojar la carga de la prueba a la parte actora y obligar al juzgador a analizar los elementos constitutivos de la acción que en esta vía se ejercite; lo cual fue debidamente realizado en párrafos que anteceden.

Bajo esa tesitura, la simple negación del derecho para demandar no entraña una excepción, porque el único efecto que puede producir en el juicio es esa negativa, esto es, arrojar la carga de la prueba a la parte actora, de ahí que no opere como excepción.

Apoya lo considerado, la jurisprudencia VI. 2o. J/203, sustentada por el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Octava Época, junio de 1992, página 62 que dice:

> **“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

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

> que la actora 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 carga de la prueba al actor, y el de obligar al juez a examinar todos los elementos constitutivos de la acción."

En cuanto a la ***"11. Excepción genérica"***, también deviene **infundada**, esto en virtud de que se analizaron todas las excepciones que se advirtieron en el escrito de contestación de demanda, ya sea las designadas con o sin su nombre respectivo.

En consecuencia, también se tiene **acreditado el tercero de los elementos de la acción,** consistente en el **incumplimiento de la obligación por parte de la demandada**, cabe precisar que se considera suficiente con que la parte actora afirme la falta de cumplimiento por parte de la aseguradora demandada a sus obligaciones contractuales, pues conforme a las normas que regulan la distribución de la carga de la prueba, corresponde a la enjuiciada demostrar el cumplimiento de las obligaciones a su cargo o, en su caso, acreditar la causa justa de su incumplimiento.

Sirve de apoyo a lo anterior, el criterio emitido por el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, publicado en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo III, marzo de 1996, página 982, Novena Época, registro digital 203017, que refiere lo siguiente: ***"PAGO O CUMPLIMIENTO, CARGA DE LA PRUEBA."***

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Se hace patente la omisión por parte de la enjuiciada de cumplir con lo estipulado en el contrato de seguro respectivo, en primer lugar porque así lo admitió al contestar la demanda y en segundo lugar porque contrario a lo que afirmó vía excepciones, no están demostradas en los términos ya asentados en la presente determinación.

SEXTO. Indemnización por mora. La parte actora reclama, el pago de **indemnización por mora** en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Cabe señalar que las obligaciones y derechos que emanan del contrato, deben ser cumplidas tanto por la compañía de seguros como por el asegurado, y por ende, su cumplimiento no puede dejarse al arbitrio de las partes, por lo que es requisito *sine qua non* que aquel que reclame el cumplimiento del acuerdo de voluntades debe acreditar previamente haber cumplido con las obligaciones a su cargo.

Al respecto, debe establecerse que al no haber realizado la demandada el pago oportuno a la parte actora del monto principal reclamado, es procedente condenarla al pago de accesorios en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Es aplicable la jurisprudencia 1a./J. 5/2021 (11a.) sustentada por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de registro 2023630 y rubro: "**INDEMNIZACIÓN POR MORA EN CONTRATOS DE**

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6d2d65a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF-Versión Pública

SEGURO. PROCEDE ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE LA ASEGURADORA, AUNQUE NO SE HAYA RECLAMADO COMO PRESTACIÓN EN LA DEMANDA DE ORIGEN (ARTÍCULO 276, FRACCIÓN VII, DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS)."

En efecto, de conformidad con la citada disposición legal, al no haber dado cumplimiento oportuno a su obligación en perjuicio de la asegurada, se condena a la enjuiciada a pagar a la parte actora **indemnización por mora**, de acuerdo a lo siguiente:

Conforme a la fracción I, párrafo primero[14], de dicho precepto legal, a la actualización de la referida suerte principal, esto es, a convertir el importe de la misma a su equivalente en Unidades de Inversión, de acuerdo al valor de éstas a la fecha en que se hizo exigible la obligación, y el pago se realizará al valor que tengan las Unidades de Inversión resultantes a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, con fundamento en el párrafo segundo[15] de

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

[14] **Artículo 276.** Si una 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 de acuerdo con lo siguiente: **I.** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

[15] Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de

la propia fracción I, del referido numeral 276, se condena a la enjuiciada al **pago de intereses moratorios** sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión, en términos de lo dispuesto en el párrafo primero, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

Se puntualiza que los **intereses moratorios** y la **indemnización por mora** son conceptos distintos, pues así quedó establecido en el numeral transcrito, y que de manera clara en la fracción VI, refiere que una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en ese artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto total de la obligación.

Cobra aplicación, el criterio emitido por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicado en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, consultable en el tomo XXV, mayo de 2007, página 2045, registro digital: 172570, que refiere:

> **"CONTRATO DE SEGURO. AUN CUANDO EN LA DEMANDA NO SE HAYA RECLAMADO COMO PRESTACIÓN LA ACTUALIZACIÓN DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL Y EL JUZGADOR CONDENE AL PAGO EN UNIDADES DE INVERSIÓN, ESTABLECIENDO ADEMÁS UN INTERÉS POR INCUMPLIMIENTO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE**

México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, ELLO NO VULNERA EL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. Atento al principio de congruencia consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, las sentencias deben ser dictadas conforme a la litis planteada; sin embargo, tratándose de un juicio en el que se reclame el cumplimiento de una obligación derivada de un contrato de seguro, aun cuando en la demanda no se haya reclamado como prestación la actualización de la obligación principal en términos del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en el que se establece que las empresas aseguradoras que no cumplan con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberán pagar al acreedor una indemnización por mora, estableciendo que las 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, ello no violenta el principio de congruencia, pues debe atenderse a la intención del legislador y ello lo encontramos plasmado en la exposición de motivos de la iniciativa de reformas y adiciones a la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de la que se advierte que la adición de dicho precepto legal (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997) obedeció a la necesidad de **establecer un sistema de actualización del monto reclamado en moneda nacional, en unidades de inversión a partir del momento en que la obligación se hace exigible, estableciendo además un interés por incumplimiento**. Además, se estimó que los derechos consagrados en el invocado artículo serán irrenunciables y que el pacto que pretenda extinguirlos no producirá efecto alguno y surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal. De ahí que si quedó acreditado el incumplimiento de la aseguradora el juzgador deberá condenar al pago, pero en unidades de inversión, para así obtener el valor real de la cantidad asegurada. De todo lo anterior, se concluye

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6d2636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

que si los derechos indemnizatorios que contempla el artículo 135 Bis, son irrenunciables y ante ello prevalece el interés de la sociedad en su observancia y aplicación, y tomando en cuenta la exposición de motivos que la intención de la adición del artículo es la de establecer un sistema de actualización del monto reclamado en moneda nacional, en unidades de inversión a partir del momento en que la obligación se hace exigible, estableciendo además un interés por incumplimiento; con lo que se pretende que los asegurados al momento de reclamar el cumplimiento del contrato de seguro, puedan obtener el monto asegurado pero con base en un valor real, por lo que aun cuando el actor haya reclamado la cantidad en pesos y no en unidades de inversión, ello no quiere decir que no pueda condenarse como lo establece el mencionado artículo 135 Bis, ya que es claro dicho precepto al establecer que las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión.”.

Énfasis propio.

Ahora, debe decirse que tanto los intereses moratorios como la indemnización por mora, serán cuantificados en ejecución de sentencia, mediante el incidente respectivo, calculado en términos del artículo 71, de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para determinar la fecha en la que se hizo exigible el pago de la suerte principal, se estima necesario transcribir el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, numeral que dispone:

“**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.”

De acuerdo con este precepto legal, el crédito derivado de la actualización del riesgo asegurado vence treinta días después de la fecha en que la aseguradora haya

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

recibido los documentos e información, que le permita conocer los fundamentos de la reclamación.

En la especie, de autos quedó acreditado que la parte actora sí dio aviso del siniestro y entregó los documentos anexos, además la demandada al dar contestación a la demanda, afirmó que recibió la referida solicitud de pago del siniestro ocurrido, el **cuatro de abril de dos mil veinticuatro**; de ahí que se estime esa fecha, como la que en forma efectiva la enjuiciada recibió la solicitud e información respectiva y con ello estuvo en aptitud de pronunciarse respecto de la procedencia o no del pago reclamado.

De ahí que la fecha que deberá tomarse como base para realizar el cómputo de los treinta días que prevé el ordinal 71, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, será el **cuatro de abril de dos mil veinticuatro**, en que la aseguradora estuvo en aptitud de emitir el dictamen de improcedencia del pago, que junto con el saldo no pagado, constituyen las bases para el cálculo de indemnización por mora, que será actualizada en Unidades de Inversión, la que deberá pagar la aseguradora demandada a la parte actora, y será liquidada de manera incidental en ejecución de sentencia.

SÉPTIMO. Procedencia de las prestaciones. En mérito de lo antes expuesto; ha lugar a declarar **fundada la acción** de cumplimiento de contrato de seguro, intentada por ***** ******** y******** de apellidos **********

********, contra **** ******* ******* ********

******

* **
******; por tanto:

*

******

***

*****

******

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
Versión Pública

- Se condena a la demandada a cumplir el contrato de seguro denominado contrato de seguro de vida individual, que dio origen a la póliza **********, con una suma asegurada de **12,000.00 (doce mil pesos 00/100 dólares americanos USA),** tomando en consideración que deberá realizar la **reducción correspondiente**, en términos de los artículos 66 y 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por no haber realizado el aviso oportuno del siniestro dentro de los cinco días que establece la citada normativa.

- Al pago de **intereses moratorios** e **indemnización por mora**, sobre el pago total de la obligación contraída y a que fue condenada, en términos de lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

En la inteligencia de que los montos correspondientes respecto del segundo punto, deberán cuantificarse en ejecución de sentencia, en la vía incidental, por separado.

OCTAVO. <u>Intereses legales</u>. La parte actora reclama en el inciso **C)**, del capítulo de prestaciones de su demanda, el pago de intereses legales en términos del artículo 362 del Código de Comercio.

No ha lugar a condenar a la aseguradora demandada a esa prestación, toda vez que en el caso no resulta aplicable el artículo 362 del Código de Comercio, pues no se trata de un préstamo mercantil, sino de una condena a una institución de seguros.

En efecto, como se precisó en el considerando sexto de esta sentencia, al no haber realizado la demandada el pago oportuno a la parte actora del monto principal

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

reclamado, resulta aplicable la condena prevista en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual es la norma aplicable y no el numeral que invoca la parte accionante.

De ahí que el citado artículo 362 del Código de Comercio, no resulta aplicable al caso concreto, pues de hacerlo implicaría una doble condena en relación a intereses.

Se invoca al respecto, por las razones que la contienen, la tesis consultable en el Semanario Judicial de la Federación. Tomo XII, Agosto de 1993, página 390, Octava Época, con registro digital: 215359, de rubro y texto siguientes:

> ***"CONTRATO DE SEGUROS. PAGO DE INTERESES MORATORIOS LEGALES. PARA DETERMINARLOS DEBE APLICARSE LA TASA QUE SEÑALA EL ARTICULO 136 FRACCION II, DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS****. Cuando en la sentencia dictada en un juicio resulta condenada una institución de Seguros al pago de intereses moratorios de tipo legal, debe aplicarse la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en su artículo 136, fracción II, y no así el artículo 362 del Código de Comercio puesto que éste se refiere al préstamo mercantil, y en todo caso la ley federal aludida es la que establece en su dispositivo legal relativo, a qué tipo de tasa debe pagar los intereses respectivos, una institución de seguros cuando resulta condenada en un juicio en el que se reclama una prestación relativa a un contrato de seguro"*.

De ahí, que resulte improcedente tal reclamo.

NOVENO. <u>Daños punitivos</u>. La parte actora reclama el pago de daños punitivos en su carácter integrador de indemnización, con efectos de prevención general a fin de compeler a la demandada para que evite seguir operando

NAHUM CASTILLO RUIZ
706e6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

como lo hace, por su incumplimiento negligente y obligar a los beneficiarios a conseguir pruebas que le corresponden.

En su atención, este juzgador considera que en el caso no procede el pago de daños punitivos, pues no se está en el supuesto de responsabilidad civil extracontractual, además dichos daños no proceden indefectiblemente y de manera irrestricta en cualquier supuesto, incluso, no operan de la misma manera en la responsabilidad subjetiva que en la objetiva, sino que son un elemento de la justa indemnización que se vincula con el tipo de derecho lesionado y el grado de responsabilidad del causante del daño, que puede adicionarse cuando la conducta del responsable **conlleve notas excepcionales de gravedad merecedoras de un alto grado de reprochabilidad que justifique plenamente agravar la condena con dicho componente sancionatorio con perspectiva de retribución social.**

Lo anterior no trasciende al logro de la justa indemnización, pues la naturaleza de la figura de los daños punitivos da cuenta de que, si bien con ellos se incrementa el monto de la misma en favor de la víctima, su finalidad esencial y primordial no es la de resarcir a ésta, sino servir al propósito estatal de prevenir futuras violaciones a derechos humanos en las relaciones entre particulares; por lo que, la valoración de daños punitivos depende de que ello se justifique plenamente en la gravedad de la conducta, inherente al grado de responsabilidad de quien ocasionó el daño moral. En el entendido de que, no considerar daños punitivos no significa que la indemnización no sea justa, pues habrá de atenderse a todas las circunstancias del caso para establecer el resarcimiento adecuado al daño causado y sus consecuencias, **conforme se hayan acreditado**.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

Versión Pública

Apoya lo anterior, por las razones que la informan, la jurisprudencia 1a./J. 136/2022 (11a.) emitida por la entonces Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Undécima Época, materia Constitucional, Civil, de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, libro 20, diciembre de 2022, tomo I, página 654, con registro digital: 2025569, de rubro: ***"DAÑOS PUNITIVOS. NO PROCEDEN INDEFECTIBLEMENTE EN CUALQUIER CASO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (OBJETIVA O SUBJETIVA) COMO CONDICIÓN DE UNA JUSTA INDEMNIZACIÓN POR DAÑO MORAL."***

DÉCIMO. Gastos y costas. No ha lugar a condenar a la aseguradora demandada al pago de gastos y costas, ya que no se configura alguno de los supuestos previstos en el artículo 1084 del Código de Comercio, ya que:

- El supuesto contenido en la fracción I no se actualiza, porque si bien la aseguradora demandada opuso excepciones y defensas, ofreció pruebas para intentar justificarlas, lo cual implica que no se ubica en dicha fracción.

- La hipótesis contenida en la fracción II no se surte, pues de autos se advierte que la aseguradora demandada no ofertó instrumentos, ni documentos falsos, o testigos falsos o sobornados.

- La fracción III no se actualiza, pues, el presente

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f36a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

asunto no se trata de un juicio ejecutivo.

- No se actualiza la fracción IV del artículo, porque no se han pronunciado dos sentencias.

- Tampoco se actualiza la fracción V, en virtud de que la parte enjuiciada no hizo valer defensas, excepciones, incidentes o recursos improcedentes[16].

- Además a consideración de quien juzga, no se advierte que la parte demandada haya procedido con temeridad o mala fe.

Entonces, la falta de configuración de alguno de los referidos supuestos y el hecho de que en tratándose del tema de costas en juicios orales mercantiles no procede la aplicación supletoria de norma alguna, todo ello hace que deba absolverse de ese reclamo[17].

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6f62f656a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

[16] Tesis: 1a./J. 9/2013, Época: Décima Época, Registro: 2003007, Instancia: Primera Sala , Tipo de Tesis: Jurisprudencia, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1, Materia(s): Civil, Página: 574, de rubro y texto: "**COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. ALCANCE DEL TÉRMINO "IMPROCEDENTES" A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1084, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO DE COMERCIO.** Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la jurisprudencia 1a./J. 43/2007, de rubro: "COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. LA CONDENA A SU PAGO NO REQUIERE QUE LA IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN, NI DE LAS EXCEPCIONES, LAS DEFENSAS, LOS INCIDENTES O RECURSOS SEA NOTORIA (INTERPRETACIÓN DE LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 1084 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).", sostuvo que acorde con la fracción V del citado artículo 1084, para que proceda condenar al promovente al pago de costas, basta que las acciones, las excepciones, las defensas, los recursos o incidentes que haga valer resulten improcedentes, y que se consideran así las acciones ejercitadas que no encuadran en los supuestos amparados en la ley o aquellas cuyos presupuestos, elementos o hechos constitutivos no se acreditaron durante el juicio. Sin embargo, en alcance a dicha tesis y de una nueva reflexión se precisa que el término "improcedentes" a que se refiere el artículo 1084, fracción V, del Código de Comercio, debe entenderse como la ausencia de alguno de los elementos previstos en las propias normas para que pueda realizarse el estudio de fondo de la cuestión planteada, los cuales varían dependiendo de la vía que se ejerza y consisten en los mínimos necesarios que deben satisfacerse para realizar la jurisdicción; esto es, que el caso en su integridad, tanto en su parte subjetiva como objetiva, apegado a la seguridad jurídica y debido proceso, debe reunir los requisitos normativos para que el juzgador pueda conocerlo y resolverlo. Así, la procedencia de una acción, excepción, defensa, incidente o recurso, implica que se reúnan los requisitos mínimos necesarios para que sea posible su estudio en cuanto a la cuestión planteada, así como su resolución y efectos; sin que lo anterior contemple cuestiones de fondo que no hayan sido acreditadas, porque éstas desembocan en su calificación de infundadas, lo que significa que ya se han superado los temas de procedencia y un análisis de la cuestión de fondo."

[17] Aplica la jurisprudencia 1ª. J./1/2018 (10a.) emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Registro: 2016352, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 52, Marzo de 2018, Tomo I, Materia Civil, Décima Época, página 923, del rubro y texto siguientes: **"COSTAS EN EL JUICIO ORAL MERCANTIL. NO PROCEDE LA APLICACIÓN SUPLETORIA DE ALGÚN ORDENAMIENTO PROCESAL PARA SU IMPOSICIÓN.** La interpretación sistemática y funcional de los artículos 1054, 1063, 1390 Bis, 1390 Bis-1, 1390 Bis-8, y 1081 a 1090 del Código de Comercio conduce a establecer que es inadmisible acudir a la ley supletoria, sea el Código Federal de Procedimientos Civiles o la ley procesal local respectiva, para imponer condena en costas por vencimiento en los juicios orales mercantiles, ya que tal aplicación contraviene el sistema de condena en costas adoptado por el

FIRMA ELECTRÓNICA VALIDA
18/02/25 11:13:51
3d4f0000000000000000000000000000

De ahí que sea fundada la excepción que hace valer la demandada consistente en "***9. Excepción de fala de acción y derecho para reclamar el pago de gastos y costas***"

Por lo anteriormente expuesto y fundado, se

R E S U E L V E :

PRIMERO. Es procedente la **vía oral mercantil** que eligió ***** ******** y ******** de apellidos ********* ********, quienes probaron parcialmente su acción, mientras la demandada **** ******* ******* ******** ******* ** ******* ********* ***** ********** **** ******, acreditó algunas de sus excepciones.

SEGUNDO. Se **condena** a la aseguradora demandada al cumplimiento forzoso del contrato de seguro, conforme a lo establecido en la póliza de seguro identificada como ********** por un monto total de **12,000.00 (doce mil dólares americanos),** tomando en consideración que deberá realizar la **reducción correspondiente**, en términos de los artículos 66 y 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SIN VALIDEZ OFICIAL
Versión Pública
SE NOTIFICA
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

legislador mercantil en el artículo 1084 del Código de Comercio, que es completo y suficiente para condenar o absolver sobre el pago de costas en toda clase de juicios mercantiles a partir de ciertos criterios que el legislador consideró justificados para imponer esa condena, fundados en el abuso en el ejercicio de los derechos ante los tribunales, sea por actuar con temeridad o mala fe, o bien, por ubicarse en ciertos supuestos objetivos relativos a hacer valer una acción o una excepción fundadas en hechos disputados, sin aportar prueba alguna; a pretender valerse de pruebas inválidas, como documentos falsos o testigos falsos o sobornados; a proponer acciones, defensas o excepciones, incidentes o recursos improcedentes; a llevar el litigio a una segunda instancia infructuosamente, o a resultar vencido en juicio ejecutivo. De lo que se advierte que la condena por vencimiento en los juicios mercantiles únicamente está prevista

TERCERO. Conforme a lo expuesto en el considerando sexto, se **condena** a la parte demandada a pagar a la parte actora **intereses moratorios** e **indemnización por mora**.

CUARTO. Se **absuelve** a la institución demandada del pago de **intereses legales**, **daños punitivos**, así como de **gastos y costas**, conforme a lo establecido en los considerandos **octavo, noveno y décimo** de este fallo.

Notifíquese esta resolución en términos de lo dispuesto en los artículos 1390 bis 22, 1390 bis 38 y 1390 bis 39 del Código de Comercio.

Así lo resolvió y firman electrónicamente **Guadalupe Servando Quiroz Ayuso**, Juez de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Oaxaca, con residencia en San Bartolo Coyotepec, quien actúa en unión de **Nahum Castillo Ruiz,** secretario que autoriza y da fe.

Se da fe de que la presente sentencia se incorporó al expediente electrónico que obra en el SISE; asimismo, se certifica que el archivo electrónico correspondiente coincide en su totalidad con las presentes constancias físicas. Conste.

El(la) suscrito(a) actuario(a) hace constar que las notificaciones correspondientes a la presente sentencia fueron debidamente digitalizadas y vinculadas al expediente electrónico. Doy fe.

NAHUM CASTILLO RUIZ
706a6626f636a6633000000000000000018abc
18/05/29 11:18:21

PJF - Versión Pública

PJF Versión Pública

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado:
174384991_3448000038620922028.p7m
Autoridad Certificadora:
Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal
Firmante(s): 2

FIRMANTE				
Nombre:	NAHUM CASTILLO RUIZ	**Validez:**	BIEN	Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.01.8a.bc	**Revocación:**	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	10/11/26 21:55:56 - 10/11/26 15:55:56	**Status:**	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	69 a4 f5 c1 02 cf db e5 ce 27 b5 69 f6 a1 3a 5b bc e0 d2 49 bf 12 e2 88 87 b1 a7 fe f0 12 73 6c 20 3e 25 c1 68 ae f6 76 01 d3 ba c6 1a 0a 7b ce 59 0d 22 13 27 b2 45 13 6c f4 82 2a 40 82 f4 16 da 62 da a4 5d 07 fc a6 06 45 42 e0 68 81 f2 bb e0 86 4d 6d 73 d2 15 1f 3e fc 32 6d 1d b7 8a fc 1b 17 5c 69 d9 bb 6a 4c c4 79 e2 b6 29 9f 2e 21 ab 26 c1 85 4f 9a 57 7f 2c 72 1c 01 a4 4d 58 00 3e 3e a6 2e 6f 34 1b 8d 93 4f bf 6b dd d0 67 bb c8 de c2 f4 53 a0 a2 79 cf 59 f9 5c f7 29 fe 07 24 e5 1c 6b ce de 46 6b 88 ab b0 59 6b 6f ac 10 27 49 ae 27 49 6f 08 32 f1 e7 2e 60 be f4 ce d2 f1 16 71 2d 0c ad 7c 14 c6 45 3d 5c e7 be d8 a4 69 f0 fd 71 4c f4 b7 5a aa 01 af 98 0c 24 28 ce d7 9e e9 1f ac 33 41 4b 6d 86 30 4c 00 19 71 c6 75 34 ac 37 16 9c 47 98 fd ed d2 85 1d 42 77 7c 7b d5 24 47 c5 b7 90 b6 ff 0a 22 ef e5 66 03 13 26 0e 91 01 15 d4 29 30 a5 18 97 65 49 a3 09 95 8e 99 2f 76 42 f2 57 eb fb d9 43 f6 a6 ad 94 14 b9 27 48 00 6c 85 2e bf 5c a6 97 9e 71 29 03 d2 1e 17 3b e9 e6 2b 88 02 85 e1 ef 91 b0 a6 25 e2 0a 35 fd 70 52 72 3c 32 56 be 76 7f 10 d1 a8 b9 c7 0c 2b f2 b4 70 da f3 c6 81 df 1c b2 90 1d 59 51 35 f7 ee 42 fd ca 9f 53 b4 44 40 d7 ba b2 d0			

OCSP	
Fecha: (UTC/ CDMX)	10/11/26 21:55:56 - 10/11/26 15:55:56
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.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.01.8a.bc

TSP	
Fecha : (UTC/ CDMX)	10/11/26 21:55:56 - 10/11/26 15:55:56
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:	232323864
Datos estampillados:	oYcwDUVrTosPocCCzw5x4EXGemo=

PJF - Versión Pública

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE				
Nombre:	GUADALUPE SERVANDO QUIROZ AYUSO	**Validez:**	BIEN	Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.01.6d.1b	**Revocación:**	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	10/11/26 22:55:32 - 10/11/26 16:55:32	**Status:**	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	c9 74 ce 25 a4 71 35 aa 6b 5c 98 06 b2 77 b4 d1 fd 3b 3c c5 a9 cb 5e 5d 5e b9 8f bf ad 44 b2 9f 4a 28 68 3b a9 33 86 56 b6 cc d4 fe 35 40 f3 c6 ad 98 c7 79 34 d3 44 fa f3 d8 48 c3 f6 a8 89 c4 57 04 e1 8d 46 9b 60 ef ea 7d 85 99 73 4b 48 a1 f2 78 ce 98 d8 cf 56 ef e1 bd 4d e2 d0 d4 f2 b1 24 18 ea 1c cb 8e fc b6 0a 12 3a f7 17 3d 0b a3 5a c6 f4 e7 51 89 61 35 15 a2 b0 b9 78 a0 f6 bf 59 ab 81 4c 11 f0 93 2f 9e 03 fa 1b 72 8f fa d1 2d 17 33 04 09 67 55 8b 23 e7 ca e5 71 b4 e2 e0 68 5f 79 ec 80 67 06 bf 6c d8 4e de c2 bd 69 99 b7 f5 1d f8 f1 ce 1d 54 00 49 af 5a 75 be 4c 98 f6 b9 dc af ed 3e 4b 16 51 87 b4 7a f8 3d d0 8f 7f 3e 7e 8c 76 2b ec fd 45 1e 92 be ae 69 60 6b cc 46 ab a7 89 aa 46 40 a9 57 25 68 cb 4f 21 a8 3b 3e e7 54 81 f8 c9 88 da 5a 20 1e 3c 40 6e ff a8 9a c0 44 ab d8 36 80 bb 6c bf 96 16 00 04 46 20 d3 ea 53 8c 99 aa 9a ad ef 72 85 3b 23 06 a5 95 26 2b 56 f7 59 ba 77 3d 58 c6 df 14 07 12 66 52 61 6e fd 90 12 76 a9 e8 17 4f 11 f6 cf 48 86 5e cd 86 78 06 c4 a6 18 f3 01 9a 8f b9 55 9b 2d 7e 67 4c 56 f5 75 5c 2c 1b b1 ea 64 6e d0 d0 85 33 d7 57 87 44 aa 2b 76 99 05 ec 0e 61 48 ae 4e 10 63 2a 02 f4 2c a4 a5 da 73 67 2b f5 0d 48 53			

OCSP	
Fecha: (UTC/ CDMX)	10/11/26 22:55:32 - 10/11/26 16:55:32
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.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.01.6d.1b

TSP	
Fecha : (UTC/ CDMX)	10/11/26 22:55:33 - 10/11/26 16:55:33
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:	232390800
Datos estampillados:	Sisd+s4WCeoBFwTwG7LW1wiInBs=

El diez de noviembre de dos mil veintiseis, el licenciado Nahum Castillo Ruiz, Secretario(a), con adscripción en el Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en el Estado de Oaxaca, 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.

PJF - Versión Pública