



V I S T O S, para resolver en **SENTENCIA DEFINITIVA** los autos del juicio **ORAL MERCANTIL**, promovido por

en contra de **SEGUROS INBURSA, SOCIEDAD ANÓNIMA GRUPO FINANCIERO INBURSA**, expediente , la que se dicta al tenor de los siguientes:

1. Por escrito presentado en la Oficialía de Partes Común Civil, Cuantía Menor, Oralidad, Familiar y Sección Salas del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, el día veintidós de marzo de dos mil veintiuno a través de su oficina virtual, y en Oficialía de Partes de este Juzgado siete de abril del mismo año, así como desahogo a la prevención mediante escrito presentado en este Juzgado el veintiuno de abril de dos mil veintiuno; la hoy actora, demando de la enjuiciada, en la vía Oral Mercantil, las siguientes prestaciones:

a) “El pago de la cantidad de \$948,726.98 (NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS 98/100 M.N.), amparada en la póliza de seguro número 30002728 y derivada de los siguientes gastos:

- Factura folio 02846114 por **\$5,875.01 (CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS 01/100 M.N.)**
- Factura folio 957 por **\$80,000.00 (OCHENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura folio CEC7681D-8160-493D-8BE0-74670A14E20A por **\$24,000.00 (VEINTICUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura folio 272 por **\$8,000.00 (OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura Folio 1097 por **\$10,000.00 (DIEZ MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura Folio 02865968 por **\$801,251.97 (OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**
- Factura Folio 1839 por **\$16,000.00 (DIECISÉIS MIL PESOS 00/100 M.N.)**



1	HOLBIN GUADALUPE PEREZ LOPEZ 22/04/25 15:10:58	LAURA DE VANIRA TEJEDA HERNANDEZ 09/08/25 14:42:22
	706a63646d/783230303031353139	706a63646d/78323030303033323733



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN,
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA"
TRIGÉSIMO CUARTO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

• **Factura Folio 1486 por \$3,600.00 (TRES MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)**

Lo anterior se acredita con facturas que se exhiben y agregan como **anexo**

7. La cantidad anterior se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento 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, lo anterior de conformidad con el artículo 276 fracción I, primer párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

"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."

b) El pago de los intereses moratorios sobre la cantidad demandada en la prestación a), generados a partir de que han transcurrido treinta días desde que se le informó a la aseguradora del siniestro, por lo que, si el aviso de siniestro se realizó el día **19 de enero de 2020**, los intereses moratorios deben computarse desde el día siguiente en que transcurrió el plazo a partir del día **18 de febrero de 2020**. Por lo que deberá capitalizarse mensualmente los intereses al día siguiente de que dieron respuesta sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión 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 México en el Diario Oficial de la Federación por cada mes de mora.

Lo anterior de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y numeral 276 fracción I, segundo párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

"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."

"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:

(...)

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

c) Una vez que se condene a la parte demandada al cumplimiento de las prestaciones señaladas en los incisos a) y b), se demanda que de cabal cumplimiento a la sentencia condenatoria dentro de un plazo máximo de 72 (setenta y dos) horas contados a partir de que sea legalmente ejecutable la resolución que se dicte en el presente asunto, sabedora que de no hacerlo se hará remate de los valores propiedad de la misma, con base en lo dispuesto por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas que a la letra reza:

"Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate."

d) El pago de los gastos y costas que se generen en el presente juicio."



Fundó su demanda en los hechos y consideraciones legales que expresó en la misma; los que, en obvio de repeticiones innecesarias, se tienen aquí por reproducidos como si a la letra se insertasen para que surtan sus efectos legales correspondientes.

2. Mediante proveído de doce de abril de dos mil veintiuno, se previno a la actora; desahogada dicha prevención, por acuerdo de fecha veintiséis de abril de dos mil veintiuno, se admitió a trámite el presente asunto, se ordenó el emplazamiento a la aseguradora enjuiciada, lo que ocurrió en diligencia practicada por el secretario actuario adscrito a este juzgado, el veinticinco de mayo de dos mil veintiuno

3.- En cumplimiento a la ejecutoria de amparo de fecha veinticinco de noviembre de dos mil veintiuno, se dejó insubsistente, así como todo lo actuado hasta antes del acuerdo de veintisiete de mayo de dos mil veintiuno, ordenándose la reposición del procedimiento.

4. Por auto de trece de enero de dos mil veintidós, se tuvo por contestada la demanda incoada en contra de la demandada, por lo que con las excepciones y defensas opuestas, se dio vista a la accionante para que dentro del término de tres días manifestara lo que a su derecho conviniera, la que se tuvo por desahogada por auto de veintiocho de enero de dos mil veintidós y se fijó fecha y hora para que tuviera verificativo la audiencia preliminar.

5. El **ocho de febrero de dos mil veintidós**, se celebró la audiencia preliminar, en la que se llevaron a cabo las etapas correspondientes, y se admitieron las pruebas ofrecidas por las partes.

6. En audiencia de juicio de fecha **veintitrés de febrero de dos mil veintidós**, se desahogaron las pruebas respectivas, se declaró visto el asunto, se abrió la etapa de alegatos donde las partes alegaron lo que a su derecho correspondió, se decretó un receso el cual concluyó a las nueve horas del día veinticuatro de marzo de dos mil veintidós; citándose a las mismas a oír sentencia definitiva, la que se dicta al tenor de los siguientes:

CONSIDERANDOS:

I.- La **COMPETENCIA** es presupuesto procesal que constituye el límite de la jurisdicción. Esto es, la esfera dentro de la cual la autoridad judicial válidamente puede ejercer sus atribuciones y facultades otorgadas por el Estado y resulta ser un elemento necesario para la procedencia o no de la demanda; debiendo atender a lo previsto por el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.



Existen cinco criterios fundamentales y un criterio afinador, para determinar la competencia de un órgano jurisdiccional:

POR MATERIA

Se basa en el contenido de las normas sustantivas que regulan el acto jurídico sometido al proceso conforme a su naturaleza jurídica.

Luego tenemos que el documento base de la acción es una póliza de seguro, la que fue expedida por la sociedad mercantil demandada, respecto de la cual la parte actora exige el pago de su importe, por los gastos que indica, lo que constituye un acto de comercio de los previstos por la fracción XXV del artículo 75 del Código de Comercio en relación con el 32 de la Ley de Seguros y Fianzas, en consecuencia el presente controvertido debe regularse a través de las normas de naturaleza jurídica *MERCANTIL*, atento a lo previsto por los numerales 1º y 1049 del Código de Comercio, por tanto, se declara correcta la materia mercantil, la cual se encuentra dentro de la jurisdicción del suscrito, conforme a la fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México.

POR CUANTÍA

El artículo 1390 Bis del Código de Comercio señala lo siguiente:

“...Se tramitarán en este juicio todas las contiendas mercantiles sin limitación de cuantía...”

Y atento a que el promovente demanda la cantidad de **\$948,726.98 (NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS 98/100 M.N.)** por concepto de SUERTE PRINCIPAL, es por lo que el suscrito resulta competente por cuantía para conocer del asunto de cuenta, en términos de lo dispuesto por la fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México.

POR GRADO

Con base en la diversa fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México, establece que los jueces civiles de proceso oral, conocerán de los negocios de jurisdicción concurrente, es decir que si bien es cierto, tanto los tribunales federales como los de primera instancia pudieren conocer del presente asunto por cuestión de materia, el demandante, conforme a la fracción I del artículo 1094 del Código de Comercio, al entablar su demanda ante el segundo tribunal mencionado, se somete a la competencia del suscrito.



POR TERRITORIO

Para conocer del presente asunto, por lo que respecta a éste último criterio, se atiende a lo ordenado en el Artículo 1104 del Código de Comercio, mismo que establece:

"...Salvo lo dispuesto en el artículo 1093, sea cual fuere la naturaleza del juicio, será juez competente, en el orden siguiente: I. El del lugar que el demandado haya designado para ser requerido judicialmente de pago. II. El del lugar designado en el contrato para el cumplimiento de la obligación. III. El del domicilio del demandado. Si tuviere varios domicilios, el juez competente será el que elija el actor..."

Tomando en consideración que el domicilio de la Aseguradora demandada se localiza dentro de la jurisdicción de este juzgado, es decir en la **CIUDAD DE MÉXICO**, es por lo que el presente asunto se ajusta a lo determinado en la fracción III del citado precepto legal, en tal virtud esta autoridad resulta competente para conocer del juicio planteado, en razón de territorio.

"COMPETENCIA POR TERRITORIO EN MATERIA MERCANTIL. SU PRÓRROGA POR PACTO DE SUMISIÓN EXPRESA, ESTÁ LIMITADA A LOS CASOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1093 DEL CÓDIGO DE COMERCIO..." localizable con número registro 185229.

II. La vía oral mercantil elegida es procedente toda vez que, de acuerdo a las pretensiones exigidas en el juicio para la tramitación de la demanda planteada, no se requiere una vía especial, ello de conformidad con el artículo 1390 bis del Código de Comercio.

III. Ahora bien, en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, las partes deben acreditar los hechos constitutivos de sus pretensiones y del análisis del material probatorio aportado por las partes, permite arribar a la conclusión de que la acción ejercida por la accionante es **PROCEDENTE**, por lo siguiente:

La parte actora hace consistir su causa de pedir en lo siguiente:

Que la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM por sus siglas) celebró contrato de seguro de gastos médicos mayores para el personal universitario con la aseguradora **SEGUROS INBURSA S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA**, para que la misma brinde atención médica, hospitalaria, farmacéutica y servicios clínicos y de diagnóstico a su personal.

Que La póliza de seguro de grupo protege al personal universitario de conformidad con los siguientes:





ANEXO I.1.1 – UNAM 1

I.- ASEGURADO TITULAR:

Se considera como ASEGURADO TITULAR al usuario que pertenezca por su nombramiento de los siguientes subgrupos:

- a) Personal académico Emérito
- b) Personal académico de carrera de tiempo completo.
- c) Personal académico adscrito a Ensenada, B.C., con cobertura en territorio nacional y/o internacional en el Estado de California, E.U.A. (**)
- d) Trato Preferencial: Funcionarios de Staff, Junta de Gobierno, y Directores Generales y funcionarios.
- f) Secretarios Administrativos o Jefes de Unidad Administrativa. (*)
- g) Académicos jubilados Retirados de Tiempo Completo.
- h) Taller Coreográfico.
- i) Grupo de Teatro
- j) Becarios con cobertura internacional (**)

ANEXO I.1.2 – UNAM 2

I. ASEGURADO TITULAR:

Se considera como ASEGURADO TITULAR al usuario que pertenezca por su nombramiento



- a) Personal de asignatura con 40 horas cuya incorporación es potestativa para el trabajador.
- b) Personal de asignatura con menos de 40 horas, medio tiempo, temporales o invitados, las horas académicas correspondientes del total de la prima del titular es por parte de la Co
- c) Personal académico jubilado retirado de asignatura, cuya incorporación se realiza de por jubilación.

De ahí que según el supuesto contractual en el que se encuentre, será la cobertura de protección que lo ampare del anexo que cubre la póliza de seguro.

Continúa narrando que, debido a lo anterior, desde el **01 de diciembre de 2017** comencé a gozar de los beneficios del seguro de gastos médicos mayores como estudiante de doctorado; y desde el año el **16 de mayo de 2019** soy Profesor asociado "C" de tiempo completo en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Que, el día **20 de enero de 2020** solicité atención médica en el Hospital ABC Santa Fe, por presencia de dolor en miembro pélvico izquierdo, edema, cambios en la coloración, dificultad para deambular, la cual fue en aumento y se agregó dolor en hemitórax posterior izquierdo.

En dicha unidad hospitalaria lo ingresaron para tratamiento definitivo de la trombosis venosa profunda Ilio-femoral izquierda (documentada por USG Doppler), así como para descartar probable tromboembolia pulmonar. Recibió tratamiento para dicha patología en el Hospital ABC y ahí mismo, la aseguradora se negó a cubrir mis gastos médicos por lo que tuvo que pagarlos directamente.

En la fecha referida, avisé a la aseguradora de su problema médico y con fecha **11 de febrero de 2020**, le hizo llegar el informe para el pago de sus gastos. Por lo que al darle aviso a la aseguradora y entregar toda la documentación requerida por la misma, la realización del siniestro cuenta con una presunción iusuris tantum, debido a que al dar aviso a la institución de





TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN,
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA"
TRIGÉSIMO CUARTO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

seguros se activa la presunción sobre la actualización del riesgo amparado en la póliza, y que a la aseguradora le corresponde la carga de la prueba para desvirtuar.

Finaliza diciendo que, el pago de sus gastos médicos se declinó días después argumentando la demandada lo siguiente:

"C.

Presente:

Contratante: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Titular:

Afectado: **Póliza: 25213**
30002755 30002728 30486224 30997627

*Estimado cliente por medio de la presente, le informamos que posterior a la revisión administrativa de su internamiento en el hospital ABC SANTA FE, se concluye que no es posible brindarle cobertura por pago directo ni por vía reembolso por este padecimiento, **debido a que es un complemento de la reclamación inicial, realizada en la vigencia anterior de La Póliza UNAM Con Seguros Inbursa, en julio de 2018, lo cual está excluido de acuerdo a condiciones de póliza.***

Le comparto el endoso con el que cuenta la póliza de la UNAM:

Pago de Complementos: Esta Póliza Institucional no considera el pago de complementos, es decir, cualquier enfermedad y/o accidente que tenga reclamaciones de gastos con la(s) compañía(s) aseguradora(s) que haya(n) brindado la protección médica o servicios a la UNAM en los últimos cuatro años.



Por lo anterior lamentamos nuestra declinación y esperamos poder brindar nuestros servicios más adelante, sin más por el momento quedamos de usted para cualquier aclaración o duda."

Ante lo anterior resulta infundada la excepción de **PRECLUSIÓN DE DERECHOS DEL ACTOR**.

En esa tesitura, del estudio de las actuaciones judiciales, cuya eficacia demostrativa es plena en términos del artículo 1294 del Código de Comercio, se estima que es procedente la acción intentada por la actora, en virtud de los siguientes razonamientos:

La controversia tiene su origen en un contrato de seguro, se estima conveniente citar el contenido del artículo 1º de la ley sobre el contrato de seguro, que señala:

"Artículo 1º.- *Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato."*

Conforme a lo anterior, **tenemos que la aseguradora demandada**, es una empresa aseguradora y al celebrar un contrato de seguro está se obliga, previo el pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, respondiendo por tanto, de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado con la limitante de la suma y del valor asegurados, a menos que el contrato que se integra por sus respectivas condiciones generales de seguro, excluya de manera precisa determinados acontecimientos.

Sirve de apoyo a lo anterior, el criterio siguiente:

"CONTRATO DE SEGURO. AL VERIFICARSE EL RIESGO PREVISTO EN ÉSTE SE PRODUCE EL SINIESTRO, EL CUAL CORRESPONDE POBRAR AL ASEGURADO. El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso y aleatorio celebrado entre una parte, denominada empresa aseguradora y otra llamada asegurado, en virtud del cual, la primera se obliga a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse el riesgo previsto en el contrato y, a su vez, el asegurado se obliga al pago de la prima estipulada durante su vigencia, en términos del artículo 1o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Entonces, al realizarse el riesgo amparado, el asegurado tiene derecho a la indemnización correspondiente, que puede exigir mediante la acción de pago de seguro, y acreditando en juicio los siguientes elementos: a) la existencia del contrato de seguro; b) la



materialización del riesgo amparado; y, c) que dio aviso oportuno a la aseguradora ya que, precisamente, el riesgo asegurado que se produce es lo que actualiza el derecho del asegurado o beneficiario a obtener la indemnización. El riesgo se define como un suceso dañoso, futuro e incierto, que es universal o general. En cambio, el siniestro constituye la realización del daño temido, que es de carácter particular. Esto es, al verificarse el riesgo previsto en el contrato se produce lo que se conoce como siniestro, el cual, corresponde probar al asegurado."

Así, se concluye que la procedencia de la acción en el particular, se concreta a que se demuestren los siguientes elementos:

- a) La existencia del contrato de seguro que demuestre la vigencia de la obligación a cargo de la aseguradora para cubrir la indemnización;
- b) La realización del siniestro, y
- c) El aviso a la aseguradora.

En cuanto al primer elemento de la acción, quedó debidamente acreditado, dado que la accionante ofreció como medio de prueba la **PÓLIZA DE SEGURO NÚMERO 30002728**, documental de la que se advierte que contaba con una vigencia desde las DOCE HORAS DEL UNO DE NOVIEMBRE DE DOS MIL DIECIOCHO y hasta las DOCE HORAS DEL UNO DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTIUNO, por una suma asegurada de la cantidad de \$850.000.00 (ochocientos cincuenta mil pesos 00/100 m.n.), por seguro colectivo de gastos médicos, misma que administrada con la confesional expresa de la parte demandada al dar contestación a los hechos primero, segundo y tercero, en los que reconoce la relación contractual con la actora, pues manifestó que son parcialmente ciertos, dado que indicó que el contrato se llevó a cabo por una licitación pública Nacional número DGPR-LPN-023/2018, lo que justificó en términos de la copia simple de las bases de la licitación pública nacional No. DGPR-LPN-023/2018.

Anteriores medios de prueba, que se robustecen con las documentales privada consistentes en TARJETA DE ASEGURADO CON NUMERO DE PÓLIZA 30000506, CERTIFICADO 1190A y TARJETA DE ASEGURADO CON NUMERO DE PÓLIZA 30002728, certificado 894632A.



Primeramente, es de precisar que en términos del artículo 200 fracción I y IV de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, las aseguradoras en el contrato correspondiente deben indicar de manera clara y precisa el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, deducibles y cualquier otra modalidad que se establezcan en las cobertura o planes que se ofrecen, así como los derechos y obligaciones de los contratantes.

En dichos preceptos se contiene la obligación de las aseguradoras de brindar toda la información relativa a los términos del contrato, es decir, el objeto, personas aseguradas, riesgos y coberturas amparadas, duración del contrato, prima de seguro, suma garantizada, los límites a la obligación de pago de la empresa, las cláusulas de exclusión.

Lo anterior obedece a que el contrato de seguro se celebra a través de un contrato de adhesión, en cuya elaboración no participa el contratante, sino solo se une a las condiciones fijadas unilateralmente por la aseguradora, por lo que cobra mayor relevancia que la institución de seguro explique en su totalidad los alcances y términos del seguro, para que el asegurado tenga certeza jurídica de cuáles son sus derechos y obligaciones. Por lo anterior las causales de exclusión deben ser claras y precisas y no deben dejar lugar a duda de a que supuesto se refieren, como no ocurre en el caso en concreto.

Lo anterior, tiene sustento en el criterio jurisprudencial con número de Registro: 2021851

"CONTRATO DE SEGURO. LA ENTREGA AL ASEGURADO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEBE ACREDITARSE PLENAMENTE. De conformidad con lo dispuesto por los artículos 7o. y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa, lo que en el caso no aconteció pues si bien en el formulario respectivo el asegurado ratificó haberse enterado del contenido de las condiciones que rigen la póliza con las cuales declaró su conformidad, también lo es que en éste no consta su firma, razón por la cual esa manifestación no constituye prueba de que se las hayan entregado ni que tuviera pleno conocimiento de su contenido; además de que la simple remisión que se hace en la póliza a un portal electrónico para su consulta resulta insuficiente para tener por demostrada dicha obligación legal, porque se le impone al asegurado una conducta que no es exigible conforme a la ley, y no aparece renunciada expresamente. Así, aun cuando la póliza fue exhibida por la parte actora en el juicio natural, lo cierto es que ello no constituye prueba plena de que aceptó su contenido



23 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, corresponde a la aseguradora exhibir dichas condiciones generales, pues la negativa del pago por actualizarse algún supuesto previsto en las condiciones generales del contrato de seguro, como las omisiones o falsas declaraciones del asegurado en la contratación, ello constituye el sustento de su excepción y, por tanto, es su carga exhibir dichas condiciones generales."

En consecuencia, este juzgador, estima que la compañía aseguradora demandada no cumplió con la obligación de entregar al asegurado las condiciones generales del seguro, dado que si bien obra leyenda impresa en la segunda foja de la póliza exhibida por el actor, de la que textualmente se desprende:

"Los asegurados podrán consultar las condiciones especiales y los demás documentos de este seguro a través del contratante, asimismo las condiciones especiales y el aviso de privacidad los podrán consultar en la página www.inbursa.com"

Esto no es suficiente para estimar satisfecho el conocimiento de la enjuiciante respecto de las Condiciones Generales del seguro respecto de las cuales concertó con la aseguradora, pues aún y cuando conforme a lo dispuesto por el artículo 1298 del Código de Comercio, el documento que un litigante presenta, prueba plenamente en su contra, la moral demandada no acreditó fehacientemente la entrega de las citadas condiciones de seguro.

Por otro lado, tampoco acreditó haberlas explicado a la asegurada, lo cual era imperativo dado que la aseguradora demandada es especialista en el tema, mientras que existe la presunción humana de que los asegurados no lo son, por lo que carecen de conocimientos y alcances del clausulado que contienen la condiciones del seguro, por tanto, no puede hacerse exigible para la actora, ninguna de las cláusulas de dichas condiciones, por lo que, no puede negarse el pago de la indemnización, al no acreditarse que el asegurado se obligó en esos términos.

Sin que la prueba confesional de la parte actora beneficie los intereses de la demandada, dado que si bien indicó que descargó las citadas condiciones del seguro así como sus anexos dado que en el dos mil veinte solicitó la información, por que, la remitieron vía telefónica a la página de internet, de ahí que pudo leer las mismas, pues con ello no se acredita fehacientemente que la entrega de las citadas condiciones

De tal manera, debe estarse única y exclusivamente a lo pactado en la póliza de seguro base de la acción y no podrá aplicar exclusión alguna de las condiciones generales del seguro.



Apoya lo anterior la tesis aislada con registro digital: 168788, emitida por los Tribunales Colegiados de Circuito, emitida en la Novena Época, en Materia(s): Civil Tesis: I.4o.C.162 C Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVIII, Septiembre de 2008, página 1411

SEGURO. SI LA ASEGURADORA NO COMUNICA DEBIDAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO, ÉSTAS NO PERJUDICAN AL ASEGURADO. Si en la póliza de un contrato de seguro no se contienen las condiciones generales que lo rigen, y sólo se remite al asegurado a un anexo donde constan, pero no existe prueba de que éste las haya conocido, como lo exige la ley, ni por tanto, que hayan formado parte de su voluntad al suscribir el acto jurídico y obligarse a su contenido, no comprometen o surten efectos contra este contratante, pues la omisión sólo es imputable a la empresa que elaboró el contrato, y no cumplió con el deber de informar su alcance al usuario de los servicios. Efectivamente, en los artículos 36, fracción IV y 36-B, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas, y 7o., 20 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se acoge el principio de tutela de los consumidores, que tiene por objeto equilibrar la desigualdad existente en estos actos jurídicos entre el proveedor y el usuario del servicio, e imponen a la empresa contratante el deber de informar al usuario de los términos del contrato, en el cual queda comprendida la obligación de comunicar amplia y debidamente las condiciones generales rectoras de los derechos y obligaciones de las partes, porque al celebrarse mediante un contrato de adhesión, en cuya elaboración no participó el asegurado, sino únicamente se unió a las mismas, ya se encuentra en un plano de desigualdad, y el desequilibrio se acentúa aún más, al sujetársele a un acto que desconoce en todos sus alcances. Por tanto, si la institución de seguros, no cumple con ese compromiso legal, las condiciones generales no deben producir daños o perjuicios al asegurado, porque su desconocimiento es imputable a la aseguradora, por lo que los conflictos que se generen entre las partes sólo deben resolverse con base en el contenido de la póliza, en lo que beneficie al cliente.

A mayor abundamiento, tenemos que, de acuerdo a lo narrado por la accionante al desempeñarse como profesora asociada “C” de tiempo completo en la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México, le son aplicables las CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO ANEXO I.1.1 – UNAM 1, denominadas ESPECIALES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL UNIVERSITARIO, ya que se ubica en el supuesto marcado con el inciso c) del apartado 4.1 COLECTIVIDAD OBLIGATORIA del numeral 4 ELIGIBILIDAD, condiciones de las que se observa que en el apartado 10 indica lo siguiente:



"10. PREEXISTENCIA.

Quedarán cubiertas las enfermedades aun cuando los síntomas o signos se hayan manifestado antes del inicio de la vigencia del Seguro de Gastos Médicos Mayores, pero después del inicio de la relación laboral en la UNAM para la población considerada dentro del concepto de elegibilidad como obligatoria- y a partir de la inclusión de estas condiciones especiales y de acuerdo a la antigüedad como usuario para la población del concepto de elegibilidad como potestativa, siempre y cuando se cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

- 1.- El primer gasto para dicha enfermedad sea erogado dentro de la vigencia de la presente póliza de la UNAM.*
- 2.- La enfermedad haya sido atendida dentro de los últimos 4 años en Instituciones del Sector Público de Salud y/o en Instituciones de Seguridad Social para los trabajadores en Territorio Nacional.*
- 3.- La enfermedad no tenga reclamaciones de gastos abiertos con la (s) compañía (s) aseguradora (s) que haya (n) brindado la protección médica o servicios a la UNAM en los últimos 4 años. En este caso la suma asegurada se reinstalará en su totalidad conforme a las condiciones y sumas aseguradas de la actual vigencia.*

Lo anterior aplica para la población considerada dentro del concepto de elegibilidad como potestativa se considera las enfermedades a partir de su inclusión en estas condiciones especiales y de acuerdo a la antigüedad como usuario.

De igual manera se cubrirán los padecimientos prexistentes cubiertos para el personal que viaje al extranjero con cobertura amplia internacional. Para el caso de quienes viajan con cobertura de emergencia en el extranjero será por única vez y hasta su estabilización y/o el médico tratante emita el alta correspondiente."

En ese tenor, resultan infundadas las excepciones y defensas de la demandada denominadas:

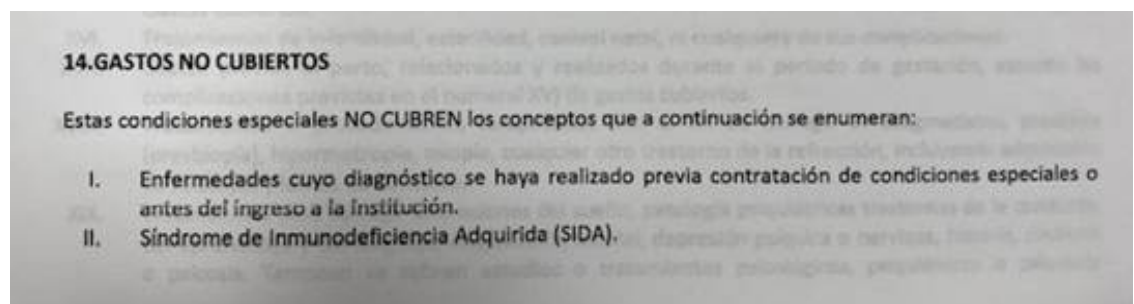
LA FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO la que hace consistir bajo el argumento de que el padecimiento de trombosis venosa profunda ilio-femorales un complemento de la enfermedad tratada a la actora el uno de julio de dos mil dieciocho y el cual le fue indemnizado, por tanto es un gasto no cubierto, conforme a lo establecido en la póliza, el cual refiere que cualquier enfermedad y/o accidente que tenga reclamaciones de gastos con



la compañía aseguradora que haya brindado la protección médica o servicios a la Universidad Nacional Autónoma de México, en los últimos CUATRO AÑOS, se considera como gasto no cubierto.

LA DE IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN hecha valer bajo el argumento de que no se actualizan los supuestos de hecho y de derecho que faculden a la accionante para incoar demanda en contra de la demandada ya que no puede atribuírsele hecho o conducta alguna que sea constitutiva de responsabilidad u obligación incumplida.

En primer término, en virtud de que el siniestro en el que funda su reclamación la accionante, no se ubica en ninguno de los supuestos de gastos no cubiertos los que se encuentran enlistados en el punto catorce de las CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO ANEXO I.1.1 – UNAM 1, denominadas ESPECIALES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL UNIVERSITARIO y que consisten en:



- III. Gastos inherentes a diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con excepción de patología oncológica inducida por virus de papiloma humano.
- IV. Tratamiento de enfermedades infecciosas agudas no complicadas o no catalogadas como emergencia; resfriado común, amigdalitis bacteriana no complicada, sinusitis aguda, conjuntivitis aguda bacteriana, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y otras sin criterios de severidad o afección sistémica.
- Respecto a GEPI e IVU al emitir el diagnóstico previo informe médico será rechazada siempre y cuando se trate de una infección aguda no complicada o no catalogada como urgencia o emergencia sin criterios de severidad o afección sistémica.
- V. Tratamiento ambulatorio para Síndrome de intestino irritable y/o dispepsia, a excepción de episodio agudo que amerite atención intrahospitalaria.
- VI. Cataratas, cuando no se cumpla con el criterio establecido en gastos cubiertos.
- VII. Acompañantes en el traslado del usuario como paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales o extranjeros.
- VIII. Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal.
- IX. Tratamientos estéticos, de calvicie, cosmetológicos, plásticos, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil, con excepción de Ginecomastia Masculina, previa valoración médica fundamentada y autorizada por la Prestadora de Servicios.
- X. Tratamientos dietéticos y de obesidad, con excepción de los auxiliares para coadyuvar a la preservación de la salud del paciente, y como consecuencia de una enfermedad cubierta por estas condiciones especiales.
- XI. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o como consecuencia de un tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este apartado.
- XII. Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud, ni check-up.
- XIII. Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición, con excepción de la cobertura referente a padecimientos Congénitos o como consecuencia de un accidente.
- XIV. La compra o renta de zapatos ortopédicos, muletas, andaderas, bastones y reposit.
- XV. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales u oculares no indispensables según lo contemplado en Gastos Cubiertos.
- XVI. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, ni cualquiera de sus complicaciones.
- XVII. Gastos previos al parto, relacionados y realizados durante el período de gestación, excepto las complicaciones previstas en el numeral XV) de gastos cubiertos.
- XVIII. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, cualquier otro trastorno de la refracción, incluyendo adquisición de Anteojos y lentes de contacto.
- XIX. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, patología psiquiátricas trastornos de la conducta, del aprendizaje y del lenguaje, enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos



Documental que adminiculada con la HISTORIA CLÍNICA GENERAL, que consta de los siguientes: COPIA SIMPLE A COLOR DE NOTA DE EGRESO Y RESUMEN CLÍNICO DE FECHA OCHO DE JULIO DE DOS MIL DIECIOCHO.

COPIA SIMPLE DE INTERPRETACIÓN DE ECOCARDIOGRAFÍA constante de 6 fojas.

Copia simple a color de nota operatorio de fecha nueve de julio de dos mil dieciocho.

Copia simple a color de historia clínica general de fecha cuatro de julio de dos mil dieciocho.

Copia simple a color de nota operatoria de fecha cinco de julio de dos mil dieciocho.

Copia simple a color de nota operatoria de fecha veintidós de enero de dos mil veinte.

Copia simple a color de historia clínica de fecha veintiuno de enero de dos mil veinte.

Copia simple a color de nota operatoria de fecha veintiuno de enero de dos mil veinte, con seis copias simples anexas.

Sirven para robustecer el contenido del informe de fecha veinticuatro de enero de dos mil veintidós emitido por el DOCTOR

, en el que describe dos cuadros de trombosis de la actora , suscitados en dos eventos uno de ellos en julio de dos mil dieciocho y el segundo en enero de dos mil veinte, para lo cual, el doctor informante, indicó específicamente que

"...éste último era un nuevo evento trombótico en miembro pélvico izquierdo, siendo un evento aislado, no relacionado con la primer trombosis..."

En la que se describe el procedimiento médico seguido, documentales que en su conjunto demuestran a juicio del suscrito que el siniestro por el que la enjuiciante reclama el pago, no se trata de un padecimiento "prexistente" derivado de la tromobosis venosa profunda diagnosticada en junio de dos mil dieciocho, por lo tanto, no es complemento de una reclamación inicial de acuerdo, a la carta de fecha veinte de enero de dos mil diecinueve, en la que la aseguradora demandada sustentó el rechazo del reembolso conforme a lo siguiente:



Estimado cliente por medio de la presente, le informamos que posterior a la revisión administrativa de su internamiento en el hospital ABC SANTA FE, se concluye que no es posible brindarle cobertura por pago directo ni por vía reembolso por este padecimiento, debido a que es un complemento de la reclamación inicial, realizada en la vigencia anterior de La Póliza UNAM Con Seguros Inbursa, en julio de 2018, lo cual está excluido de acuerdo a condiciones de póliza.

Le comparto el endoso con el que cuenta la póliza de la UNAM:

Pago de Complementos: Esta Póliza Institucional no considera el pago de complementos, es decir, cualquier enfermedad y/o accidente que tenga reclamaciones de gastos con la(s) compañía(s) aseguradora(s) que haya(n) brindado la protección médica o servicios a la UNAM en los últimos cuatro años.

Por lo anterior lamentamos nuestra declinación y esperamos poder brindar nuestros servicios más adelante, sin más por el momento quedamos de usted para cualquier aclaración o duda.

Máxime que, la demandada no soportó su carga procesal de demostrar que el siniestro que le fue reportado por la asegurada, fuera complemento de una enfermedad y/o accidente que tuviera reclamaciones de gastos con la compañía aseguradora que hayan brindado la protección médica o servicios a la UNAM en los últimos cuatro años, pues del informe rendido por el CENTRO MÉDICO ABC de fecha ocho de febrero de dos mil veintidós, se advierte que la enjuiciante ingresó a ese nosocomio el día tres de julio de dos mil dieciocho con diagnóstico preliminar de trombosis venosa profunda mas embolia pulmonar, lo que sólo corrobora la existencia del evento de trombosis acontecido en el año dos mil dieciocho.

Por lo anterior también es infundada la **EXCEPCIÓN DERIVADA DEL ARTÍCULO 78 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.

Consecuentemente y al haber satisfecho la parte actora, los elementos de procedencia de la acción ejercitada, y al no haber acreditado la demandada alguna excluyente del contrato de seguro a su favor, es que, atendiendo a lo dispuesto por el artículo 59 de la Ley sobre el contrato de Seguro, el cual dispone que la demandada responderá de todos los acontecimientos que presente el carácter de riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, resulta procedente la acción ejercitada.

a) Respecto a la prestación a), consistente en el pago de la cantidad de \$948,726.98 (NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS 98/100 M.N.), amparada en la póliza de seguro número 30002728 y derivada de los siguientes gastos:

- **Factura folio 02846114 por \$5,875.01 (CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS 01/100 M.N.)**
- **Factura folio 957 por \$80,000.00 (OCHENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)**





TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN,
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA"
TRIGÉSIMO CUARTO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

- Factura folio CEC7681D-8160-493D-8BE0-74670A14E20A por **\$24,000.00 (VEINTICUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura folio 272 por **\$8,000.00 (OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura Folio 1097 por **\$10,000.00 (DIEZ MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura Folio 02865968 por **\$801,251.97 (OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**
- Factura Folio 1839 por **\$16,000.00 (DIECISÉIS MIL PESOS 00/100 M.N.)**
- Factura Folio 1486 por **\$3,600.00 (TRES MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)**

Es **parcialmente procedente**, por lo siguiente:

La parte actora a efecto de acreditar ésta prestación, exhibió las siguientes documentales

Factura folio 02846114 por **\$5,875.01 (CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS 01/100 M.N.)**, de fecha doce de enero de dos mil veinte, emitida por concepto de servicios clínicos.

Factura folio 957 de fecha veintisiete de enero de dos mil veinte, por **\$80,000.00 (OCHENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de servicios médicos especialistas.

Factura folio CEC7681D-8160-493D-8BE0-74670A14E20A de fecha veintinueve de enero de dos mil veinte, por **\$24,000.00 (VEINTICUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de honorarios médicos anestesia.

Factura folio 272 de fecha veintisiete de enero de dos mil veinte por **\$8,000.00 (OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de servicios médicos de doctores especialistas.

Factura Folio 1097 de fecha veintinueve de enero de dos mil veinte por **\$10,000.00 (DIEZ MIL PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de interconsultas hospitalarias del 21 al 24 de enero.

Factura Folio 02865968 de fecha treinta de enero de dos mil veinte, por la suma de **\$801,251.97 (OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**, por concepto de **servicios hospitalarios**.



Factura Folio 1839 de veintisiete de enero de dos mil veinte, por **\$16,000.00 (DIECISÉIS MIL PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de **honorarios médicos primer ayudante**.

Factura Folio 1486 de fecha veintiocho de enero de dos mil veinte, por **\$3,600.00 (TRES MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)** por **concepto de consulta médica**.

Facturas que en su totalidad arrojan la cantidad de \$948,726.98 (NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS 98/100 M.N.), y que corresponden a los gastos erogados por la asegurada, mismos que se encuentran dentro de la cobertura de la póliza de seguro contratada.

Documentales a las que se les concede valor probatorio en términos de lo que disponen los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio, dado que, si bien se trata de documentos privados, éstas no fueron objetadas por la parte demandada y las mismas cuentan con los requisitos fiscales en términos de los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y se encuentran administradas con la historia clínica de la enjuiciante.

Sin embargo, es menester precisar que las **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO ANEXO I.1.1 – UNAM 1**, contienen un límite económico máximo, siendo que en éste supuesto, le es aplicable el inciso b) del apartado 6 de dichas condiciones, mismo que establece lo siguiente:

"...b) \$850,000.00 para el resto de la población de la colectividad OBLIGATORIA (Tityulares y Dependientes económicos) para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones especiales en territorio nacional, hasta agotar el límite máximo de responsabilidad para enfermedades crónicas o terminales el límite máximo de responsabilidad total será de \$950,000.00 M.N..."

En ese sentido y tomando en consideración que de los resúmenes clínicos que constan en la historia clínica exhibida por la actora, no se reporta que la **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MAS EMBOLIA PULMONAR**, sea un padecimiento crónico o terminar, el límite económico máximo amparado por la póliza de seguro 30000506, es hasta por una cantidad total de **\$850,000.00 (OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)**.

Suma a la que se le deberá descontar la cantidad de **\$8,500.00 (OCHO MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.)**, por concepto de deducible de acuerdo al inciso b) del apartado 7 de las condiciones **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO ANEXO I.1.1 – UNAM 1**.



Del mismo modo deberá aplicarse al monto condenado el Coaseguro correspondiente de acuerdo al inciso a) del apartado 8 de las condiciones **CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO ANEXO I.1.1 – UNAM 1**, esto es el 15% (quince por ciento), sin que resulten fundadas las alegaciones de la demandada respecto a que no debe ser aplicado este concepto, en virtud de que conforme a las citadas condiciones, no aplica el coaseguro en accidentes, emergencia médica cuando esta sea atendida indistintamente hospitales sede o en del resto de los hospitales o médicos en convenio o aún en hospitales y/o médicos sin convenio que podrá ser en pago con reembolso, supuesto que en el caso no se actualiza, dado que del caudal probatorio aportado no se advierte que el siniestro fuera una emergencia médica, caso contrario al evento suscitado en el dos mil dieciocho el cual conforme a la nota de egreso y resumen clínico de fecha ocho de julio de dos mil dieciocho, si procedió del servicio de urgencias, motivo por el cual la excepción de PLUS PETITIO resulta infundada.

Bajo esa tesitura, se deberá **condenar a la parte demandada al cumplimiento del contrato de seguro**, y en consecuencia de ello **haga pago a la actora** o a quien sus derechos legalmente represente, **la cantidad de \$715,275.00 (SETECIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)**, suma que corresponde al monto máximo amparado por la póliza de seguro contratada con la deducción del deducible correspondiente por la cantidad de **OCHO MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.**, y menos el coaseguro correspondiente.

Cuyo importe final se denominará en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal, esto es al día **doce de marzo de dos mil veinte**, que corresponde a los treinta días siguientes al en que la enjuiciante entregó a la aseguradora la documentación correspondiente de su reclamación, conforme al formato que en copia simple se allegó como medio de prueba a este juicio, la cual goza de eficacia probatoria, al no haber sido objetada, y que se encuentra robustecida con la declaración de la aseguradora demandada en desahogo de la prueba confesional declaró haber recibido toda la documentación por parte de la asegurada

Pago que deberá realizar de conformidad con lo dispuesto por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la demandada en el término de **SETENTA Y DOS HORAS** contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable de conformidad con lo que dispone el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Previa liquidación mediante el incidente respectivo.

IV.- En relación a la prestación reclamada con el inciso b) del escrito inicial de demanda, se deberá condenar a la parte demandada a





HGPL/ltdh

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
“2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN,
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA”
TRIGÉSIMO CUARTO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

29
HOI BIN GUADALUPE PEREZ LOPEZ 22/04/25 15:10:58
706a63646d783230303031353139

L AURA DEYANIRA TEJEDA HERNANDEZ 09/08/25 14:42:22
706a63646d783230303033323733

Sello electrónico SIGJ / TSJCDMX -- Trigésimo Cuarto
de lo Civil de Proceso Oral | -21 | LTEJEDAH |
2022-03-24 13:25:35 | HPEREZL | 2022-03-24
13:24:51 | FP: 2022-03-25 | NAS:
5111-2716-0426-1519-848 | 1648136315473 -- SIGJ
/ TSJCDMX -- V2



En el **Boletín Judicial** No. 52 correspondiente al día 25 de
Marzo de 2022 se hizo la publicación de Ley.— Conste.
El 28 de Marzo del 2022 , surtió efectos la notificación anterior.— Conste.

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado: 1648136315473.pdf
Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México
Firmante(s): 2
Hoja(s): 29

Firmantes		Firmas			
Nombre(s):	HOLBIN GUADALUPE PEREZ LOPEZ	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.31.35.31.39
	LAURA DEYANIRA TEJEDA HERNANDEZ	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.33.32.37.33
OCSP					
Fecha: (UTC / CDMX)		24/03/22 19:24:51 - 24/03/22 13:24:51 24/03/22 19:25:35 - 24/03/22 13:25:35			
Nombre del respondedor(es):		Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX			
Emisor(es) del respondedor(es):		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Número(s) de serie:		70.6a.63.64.6d.78.32.30.32 70.6a.63.64.6d.78.32.30.32			
TSP					
Fecha: (UTC / CDMX)		24/03/22 19:24:51 - 24/03/22 13:24:51 24/03/22 19:25:35 - 24/03/22 13:25:35			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:		Entidad Emisora de Sellos de Tiempo del Poder Judicial de la Ciudad de México Entidad Emisora de Sellos de Tiempo del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Emisor del certificado TSP:		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Sellos Digitales					
97 64 b5 8a 39 04 15 c2 fd 8e 3e 83 07 a0 59 9b a5 13 ae 3a 08 7b b0 e5 eb e5 71 35 8c c3 e5 64 65 88 7d 17 60 d6 8e 01 86 05 66					
a5 70 91 6c 52 fa 89 07 5b a1 f4 b4 e3 4b 10 22 f0 83 9e 32 bb 8e 8d 20 d9 36 84 3b d8 8e fb 6a 25 77 95 c0 02 48 e1 aa 0e 4e c8					