

V I S T O Snuevamente, para dar cumplimiento a la ejecutoria del veinticuatro de noviembre de dos mil veintiuno, emitida por el Octavo Tribunal Colegiado en materia Civil del Primer Circuito, en el juicio de amparo directo D.C. _____, promovido por la parte demandada, en contra del acto reclamado consistente en la **SENTENCIA DEFINITIVA**, del seis de abril de dos mil veintiuno, dictada en los autos del juicio **ORAL MERCANTIL**, promovido por _____ en contra de **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, expediente

1. El seis de abril de dos mil veintiuno, este Juzgado, pronunció sentencia definitiva que concluyó con los siguientes resolutivos:

PRIMERO. - Ha sido procedente la vía Oral Mercantil elegida en la que la actora _____, acreditó su acción y la demandada **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.,** no justificó sus excepciones y defensas.

SEGUNDO.- Se condena a la aseguradora **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, a la modificación del ENDOSO número A4565788A, en el que se reconozca la antigüedad de la menor _____, como asegurada en la póliza 955663L01 desde la fecha de su nacimiento, es decir, desde veinte de febrero del dos mil veinte.

TERCERO.- Se condena a la aseguradora **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, a pagar al actor o a quien sus derechos represente, la cantidad de \$6,610,450.05 (SEI MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS 05/100 M.N.) por concepto de



gastos de recién nacidos, riesgo amparado en el contrato de seguro base de la acción, lo que deberá realizar dentro del plazo de SETENTA Y DOS HORAS contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable, apercibida que en caso de no hacerlo se procederá a su ejecución forzosa, en términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. La presente sentencia causa ejecutoria por ministerio de Ley, al no admitir recurso ordinario alguno.

CUARTO.- *Se condena a la demandada AXA SEGUROS, S.A. DE C.V., al pago de los intereses moratorios (indemnización por mora) generados sobre la cantidad condenada en el resolutivo tercero, a partir del 07 (siete) de abril de 2020 (dos mil veinte), y hasta que se realice el pago de la suerte principal, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, concepto que se liquidará en ejecución de sentencia previo el incidente respectivo.*

QUINTO. - *No se hace especial condena en costas, por tramitación del presente controvertido, en términos del quinto considerando de este fallo.*

SEXTO.- NOTIFÍQUESE.

2. En contra de la referida resolución, la parte demandada interpuso el juicio de amparo directo , radicado ante el Octavo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, resuelto mediante ejecutoria del veinticuatro de noviembre de dos mil veintiuno, en la que se determinó:

PRIMERO.- *La Justicia de la Unión ampara y protege a Axa Seguros, Sociedad Anónima de Capital Variable, por conducto de su apoderado Reyes, contra los actos que reclamó del Juez Vigésimo Séptimo de lo Civil de Proceso Oral y de Extinción de Dominio de la Ciudad de México, consistente en la sentencia definitiva de seis de abril de dos mil veintiuno, dictada en el expediente ; y su ejecución. El amparo se concede para los efectos precisados en el considerando séptimo de la presente ejecutoria.*



3. En el Octavo considerando de la ejecutoria que se cumplimenta, la autoridad federal, sostuvo en lo conducente lo siguiente:

En ese orden de ideas, procede conceder el amparo solicitado para el efecto de que la autoridad responsable deje insubsistente el acto reclamado y tomando en cuenta los lineamientos de la presente ejecutoria, interprete las cláusulas relacionadas con las antigüedades señaladas en la póliza exhibida como base de la acción y con plenitud de jurisdicción determine cuál es la aplicable y resuelva la litis. (...)

4. (ANTECEDENTES).- Por escrito presentado el veintiocho de agosto del dos mil veinte, ante la Oficialía de Partes Común Civil, Cuantía Menor, Oralidad, Familiar y Sección Salas del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México y remitido a este juzgado el al día hábil siguiente, el actor , demandó en la vía **ORAL MERCANTIL** de **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, las siguientes prestaciones:

“a) El pago de la cantidad de \$6,610,450.05 (SEIS MILONES SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA

PESOS 05/100 M.N.) amparada en la póliza de seguro número

95064L01 y derivada de los siguientes gastos:

* Gastos Hospitalarios: \$563.05 (QUINIENTOS SESENTA Y TRES PESOS 05/100M.N.)

*Honorarios Pediátricos \$43,000.00 (CUARENTA Y TRES MIL PESOS 00/1000 M.N.)

*Honorarios Cardiología Pediátrica: \$4,000.00 (CUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)



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 en 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...

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 06 de marzo de 2020, los intereses moratorios deben computarse desde el día siguiente en que transcurrió el plazo a partir

del 06 de abril de 2020. Por lo que deberán capitalizarse mensualmente los intereses al día siguiente de que dieron respuesta sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión y cuya tasa será igual el 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 de Contrato sobre Seguro y numeral 276 fracción I, segundo párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas...

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 del 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...



d) *La modificación del ENDOSO de fecha 06 de abril de 2020, por el cual se reconozca la antigüedad de mi menor hija como asegurada en la póliza de seguro 95678L01 desde la fecha de su nacimiento.*

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

La parte actora fundó su pretensión en las consideraciones de hecho y de derecho contenidas en el escrito inicial de demanda, mismas que por economía procesal se tienen por reproducidas como si a la letra se insertaren, en obvio de repeticiones innecesarias conforme a lo preceptuado por el artículo 1077 del Código de Comercio.

5.- (EMPLAZAMIENTO Y CONTESTACIÓN).- Por auto de dieciocho de septiembre del dos mil veinte, se admitió a trámite la demanda en la vía y forma propuesta y se ordenó emplazar a la enjuiciada **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, para que dentro del plazo de **NUEVE DÍAS** la contestara. La diligencia de emplazamiento se practicó el veintidós de septiembre del dos mil veinte, según consta de la razón actuarial localizable a fojas 33 (treinta y tres) de autos. Por proveído del doce de octubre del dos mil veinte, se tuvo a la enjuiciada contestando en tiempo y forma la demanda incoada en su contra y por opuestas las excepciones y defensas.

6.- (CELEBRACIÓN DE AUDIENCIA PRELIMINAR Y AUDIENCIA DE JUICIO). El once de noviembre del dos mil veinte, se llevó al cabo la audiencia preliminar a que se refiere el artículo 1390 Bis 20 del Código de Comercio, en la que se fijó como hechos no controvertidos los identificados con los números 1 (uno), 5 (cinco), 6 (seis), 7(siete) y 8 (ocho), y se admitieron las pruebas que constan en el acta mínima levantada con motivo de la referida audiencia; finalmente, se señalaron las diez del veintiséis de enero del dos mil veintiuno, para que tuviera verificativo la audiencia de juicio; sin embargo, derivado de la contingencia sanitaria ocasionada por el SARS-CoV2 (COVID 19), en atención al Acuerdo V-47/2020 de fecha cuatro de diciembre del dos mil veinte, en relación con los acuerdos 3-01/2021 de fecha cinco de enero del dos mil veintiuno; 03-03/2021 de fecha del quince de enero del dos mil veintiuno; 03-06/2021 de fecha veintinueve de enero del dos mil veintiuno y acuerdo 03-09/2021 de fecha doce de febrero del dos



mil veintiuno; emitidos por el Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, se suspendieron actividades no esenciales en el Poder Judicial, dentro del periodo comprendido del siete de diciembre del dos mil veinte al diecinueve de febrero del dos mil veintiuno, por lo que no fue posible celebrar la citada audiencia de juicio en el día y hora antes señalado, razón por la que la misma tuvo verificativo a las diez horas del día en que se actúa, en la que se desahogaron las pruebas admitidas a las partes en la audiencia preliminar y se declaró visto el asunto, declarándose un receso a fin de emitir la resolución que constituyó el acto reclamado.

7.- Por acuerdo del catorce de enero del dos mil veintidós, este juzgado determinó dejar insubsistente la sentencia definitiva dictada el seis de abril de dos mil veintiuno y ordenó la emisión de una nueva resolución siguiendo los lineamientos establecidos en la ejecutoria de referencia, lo que se hace al tenor de lo siguiente:

CONSIDERANDO

I. (COMPETENCIA).- Este órgano jurisdiccional es competente en razón de materia, grado y territorio, para conocer y decidir el presente asunto, por ser de los contemplados por el artículo 104 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como de competencia concurrente; el conocimiento de los juicios mercantiles corresponde a la competencia de los juzgados civiles de proceso oral de éste Poder Judicial sin limitación de cuantía, en términos del transitorio quinto del decreto por el que se reformaron y adicionaron diversas disposiciones del Código de Comercio, en materia de Juicios Orales Mercantiles, publicado en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de enero de dos mil diecisiete, asimismo, el domicilio de la demandada se encuentra en la Ciudad de México, todo ello de acuerdo a lo establecido por los artículos 1090, 1094 fracción I, 1104 fracción III y 1390 Bis del Código de Comercio; así como en los artículos 1, 6 y 105 fracción III de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México.

II. (PROCEDENCIA DE LA VÍA). Resultó idónea la vía oral mercantil intentada por la parte actora en términos de lo establecido por los artículos 75, 1049, 1050, 1054 y 1055 del Código de Comercio, y que se encuentra regulada por los artículos 1390 Bis al 1390 Bis 50 del ordenamiento legal invocado, toda vez que no se contempla en la ley, tramitación especial para la controversia mercantil planteada ante este Órgano Jurisdiccional,



habiéndose respetado durante su tramitación, los derechos humanos de los justiciables atento a lo preceptuado por el artículo 1° de la Constitución Federal; además de atender a los principios que rigen a los procesos orales, siendo estos: oralidad, publicidad, igualdad, inmediación, contradicción, continuidad y concentración, de conformidad con el artículo 1390 Bis 2 del Código Comercio.

III.- Previo a la fijación de la litis y análisis de la acción, por ser este el momento procesal oportuno, se estudia la Excepción de **FALTA DE LEGITIMACIÓN ACTIVA**, opuesta por la parte demandada, en relación con el enjuiciante , ya que la legitimación en la causa, constituye una condición necesaria para el acogimiento de la acción, que consistente en que ésta se ejerza por el titular del derecho; como condición necesaria para el acogimiento de la acción en la sentenciadefinitiva, siendo éste el momento procesal oportuno para ello; sustenta lo considerado la Jurisprudencia I.110.C. J/12, emitida por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXVII, Abril de 2008, página: 2066, cuya literalidad es la siguiente:

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

Y en el mismo sentido se invoca la Jurisprudencia VI.3o.C. J/67, emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Sexto Circuito, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXVIII, Julio de 2008, página: 1600, novena época, cuya literalidad es la siguiente:



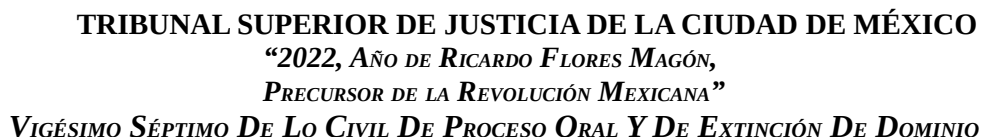
"LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA. SÓLO PUEDE ESTUDIARSE EN LA

SENTENCIA DEFINITIVA. *Debe distinguirse la legitimación en el proceso, de la legitimación en la causa. La primera es un presupuesto del procedimiento que se refiere o a la capacidad para comparecer al juicio, para lo cual se requiere que el compareciente esté en pleno ejercicio de sus derechos civiles, o a la representación de quien comparece a nombre de otro. En este sentido, siendo la legitimación ad procesum un presupuesto procesal, puede examinarse en cualquier momento del juicio, pues si el actor carece de capacidad para comparecer a él o no justifica ser el representante legal del demandante, sería ociosa la continuación de un proceso seguido por quien no puede apersonarse en el mismo. En cambio, la legitimación en la causa, no es un presupuesto procesal, sino una condición para obtener sentencia favorable. En efecto, ésta consiste en la identidad del actor con la persona a cuyo favor está la ley; en consecuencia, el actor estará legitimado en la causa cuando ejercita un derecho que realmente le corresponde. Como se ve, la legitimación ad causam atañe al fondo de la cuestión litigiosa y, por tanto, lógicamente, sólo puede analizarse en el momento en que se pronuncie la sentencia definitiva."*

La excepción a estudio, se opone bajo el argumento consistente en que, el accionante promueve la demandada en representación de su menor hija ; sin embargo, la Patria potestad sobre los hijos menores se ejerce por ambos padres, por lo que la representación de dicha menor debe hacerse por ambos progenitores y no solamente por el C.

Resulta **INFUNDADA** dicha excepción, debido a que en términos de lo dispuesto por el artículo 424 del Código Civil para la Ciudad de México, se deduce la posibilidad jurídica de que la representación en juicio de un menor, se efectuó por uno solo de los padres que ejerza la patria potestad, por lo que el señor , se encuentra legitimado para comparecer a juicio en representación de su menor hija; Ilustra lo considerado la tesis V.2o.58 C, Registro digital: 197455, novena época, emitida por el SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL QUINTO CIRCUITO, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo VI, noviembre de 1997, página 493, que a la letra dice:





MENOR DE EDAD. PUEDE SER REPRESENTADO LEGALMENTE POR EL PADRE O LA MADRE, INDISTINTAMENTE. Si bien la patria potestad sobre los hijos se ejerce por el padre o la madre, en cuyo carácter resultan ser los legítimos representantes de los que están bajo ésta, ello no debe interpretarse en el sentido de que rigurosamente tengan que ser ambos padres los que simultáneamente deban representar al menor en un juicio, ya que basta que uno de ellos lo haga para que se dé la legitimación procesal para acudir a juicio, pues no existe precepto legal que exija que tengan que ocurrir ambos padres para tener por legalmente representado al menor, y de la interpretación del artículo 424 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, se deduce la posibilidad jurídica de que la representación en juicio se ejerza por uno solo de los padres, facultad que se encuentra limitada únicamente para el caso de que se pretenda concluirlo."

IV.- (FIJACIÓN DE LA LITIS). Las partes fijaron en la audiencia preliminar, como hechos no controvertidos los identificados con los números 1 (uno), 5 (cinco), 6 (seis), 7(siete) y 8 (ocho), por lo que queda fuera de litis lo siguiente:

* La existencia del contrato de seguro de "Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar", celebrado por las partes en el mes de julio del dos mil diecinueve, con vigencia del veinticuatro (24) de julio del dos mil diecinueve (2019) al (24) de julio del dos mil veinte (2020) y amparada en la póliza de seguro número 95064L01, en la que se les reconoció a los asegurados una antigüedad desde el veinticinco (25) de agosto de dos mil dieciocho (2018) a las personas siguientes:

	en su
carácter de titular;	en su carácter de
conyuge y	como hija.

* Que el accionante con fecha diecisiete de marzo del dos mil veinte, recibió por parte de su agente de seguros, la respuesta de la aseguradora, en la que le informaba que no era posible dar de alta a su hija menor conforme a lo siguiente: "Observaciones: 17/03/2020: lamentablemente no es posible dar de alta a la asegurada por talla y peso declarados AGG".



*Que el accionante, inconforme con la anterior determinación, solicitó una reconsideración de la aseguradora debido a que no hay motivo o razón alguna para no dar de alta a su hija en la póliza de seguro. Por lo que con fecha seis de abril del dos mil veinte se expidió el ENDOSO por el cual AXA SEGUROS, S.A. DE C.V. dio de alta a la menor , con una antigüedad reconocida a partir de cuatro de abril del dos mil veinte.

* Que al haber sido dada de alta la menor , el accionante el veintitrés de abril del dos mil veinte, solicitó el reembolso de los gastos médicos que se erogaron por la cantidad de \$6,610,450.05 (SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS 05/100 M.N.), por los siguientes conceptos, Gastos Hospitalarios: \$563,450.05(CUATROCIENTOS (sic) SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS 05/100 M.N.); Honorarios Pediátricos \$43,000.00 (CUARENTA Y TRES MIL PESOS 00/1000 M.N. y Honorarios Cardiología Pediátrica: \$4,000.00 (CUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.).

* Que el veintisiete de abril del dos mil veinte, el accionante recibió por parte de la aseguradora demandada, la respuesta a su reclamación, en la que le indicaban, que los gastos reclamados son previos a la antigüedad y alta del asegurado y adicionalmente por condiciones generales de la póliza no se cubren gastos de recién nacido prematuro.

Al quedar fuera de controversia los referidos hechos, **LA LITIS DEL PRESENTE ASUNTO SE CONSTRIÑE** medularmente, en determinar si conforme a las condiciones generales que rigen la póliza de seguro número 95078901, le es aplicable la cobertura de recién nacido, y en su caso la fecha a partir de la cual debió darse de alta al recién nacido en la referida póliza mediante el endoso número A2576548A.

Al respecto la aseguradora demandada, medularmente refiere que al nacimiento de la menor , la asegurada apenas tenía en la póliza de seguro número 95890L01, una antigüedad Axa Individual de seis meses veintisiete



días, por lo que al no haberse cumplido el periodo de espera de diez meses, en términos del apartado 1.3 Cobertura del Recién Nacido, para poder darse de alta a la menor, debió pasar el proceso de selección y con base en los antecedentes de salud, el área correspondiente determina si procede o no el alta, y en el presente caso el alta de la menor en cita, se dio hasta el cuatro de abril del dos mil veinte, fecha en la que concluyó el análisis de la información proporcionada; razón por la cual no pueden pagarse los gastos reclamados por el accionante, ya que los mismos se verificaron previo a la fecha de alta de la menor.

En cuanto a lo anterior, el accionante al desahogar la vista otorgada con las excepciones y defensas opuestas, refiere que en el mes de marzo del dos mil veinte, ingresó un reporte en la compañía aseguradora demandada, que se registró con el número de folio 4896J, y en respuesta de dicha inconformidad por conducto de la C. , dependiente/trabajador de la enjuiciada, el treinta y uno de marzo del dos mil veinte, vía correo electrónico, le comentó que después de revisar la información, concluyeron que era factible incluir a la menor en la póliza de Gastos Médicos Mayores 98904L01, lo que controvierte lo establecido en los artículos 19 y 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya que, si ambas partes, acordamos que la menor podía ser dada de alta en la póliza de seguro e incluso ellos reconocen que eso era factible, el error de haber registrado a la menor desde el cuatro de abril del dos mil veinte, no debe ser en su perjuicio.

Que además una cosa es la celebración del seguro y otra es dar de alta a su menor hija en la póliza para que pueda gozar de todos los beneficios del seguro, y cualquier cláusula que exija un tiempo de espera para poder dar de alta a la misma representa una cláusula desleal y, por tanto, se debe tener por no puesta.

Agregando el accionante que, bajo protesta de decir verdad, al momento de la contratación jamás se le hizo entrega física ni digital de las Condiciones Generales del Contrato, por lo que cualquier tipo de clausulado anexo a la póliza no debe aplicarse a su caso, ya que en ningún momento se le entregó, de ahí que la aseguradora no pueda pretender librarse de su obligación explicándole cláusulas que no fueron entregadas.



Que luego de varias pláticas con su agente el señor , su seguro quedó el veinticuatro de julio del dos mil veinte (sic), agente que le envió un documento titulado EXPLICACIÓN FLEZ AXA para darle detalles generales del seguro, sin que en dicho correo se anexaran las condiciones generales del contrato de AXA, ni explicaciones en relación a la Antigüedad Individual ni Antigüedad Reconocida.

Que el Apoderado de la aseguradora refiere como motivo para no pagar el siniestro, el periodo de espera que establecen las Condiciones Generales del Seguro, pero si le hicieron el pago de la ayuda por maternidad, que supuestamente no está cubierta junto con la cobertura de recién nacido.

Manifestaciones que deben ser consideradas a fin de fijar la litis, en razón de que el artículo 1378 del Código de Comercio, aplicable supletoriamente en el presente procedimiento oral, establece la posibilidad de ofrecer pruebas en el desahogo de vista con las excepciones y defensas opuestas, por tanto, este juzgador tiene la obligación de valorar dichas pruebas y así se concluye que la litis en materia mercantil se conforma con los hechos expuestos en el escrito de demanda en los que la parte actora funda su acción, con la contestación a los mismos por la parte demandada, con los hechos en que funda sus excepciones, con la vista que se da al actor de las excepciones opuestas en la contestación, y con el desahogo a la vista de las excepciones.

IV.- (ANÁLISIS DE LA ACCIÓN).- La acción ejercida por el actor (**INDEMNIZACIÓN POR RIESGO**), se encuentra prevista en el artículo 1 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En acatamiento a la ejecutoria que se cumplimenta, se tiene que, la compañía aseguradora demandada cumplió con la obligación de entregar al asegurado las condiciones generales del seguro, lo que se demostró a través de la leyenda que obra impresa en la segunda foja de la póliza exhibida por el actor, de la que textualmente se desprende: **"Al recibir mi póliza, me doy por recibido y enterado del contenido y alcance de las Condiciones Generales y articulares que rigen este contrato de**



seguro.", lo que es suficiente para estimar satisfecho el conocimiento del accionante de las Condiciones Generales del seguro que concertó con la aseguradora.

Es así, porque conforme a lo dispuesto por el artículo 1298 del Código de Comercio, que establece: **"El documento que un litigante presenta, prueba plenamente en su contra, en todas sus partes, aunque el colitigante no lo reconozca"**, autoriza a considerar que si el actor acompañó a su escrito de demanda natural el documento relativo a la póliza de seguro, el cual contiene la leyenda indicada, es inconcuso que conforme a dicha disposición, el hecho ahí contenido prueba plenamente en su contra, esto es, al contratar la póliza, el asegurado también recibió las condiciones generales del seguro, quedando satisfecho y demostrado que tuvo conocimiento de las condiciones generales y particulares que integran el contrato relativo.

Atendiendo a la anterior consideración, resulta fundado que si el actor, en el hecho dos de su demanda señaló el objeto del contrato, ello derivó del conocimiento que tenía de las condiciones generales, porque en éstas tal concepto se señala en el apartado II, Objeto del Seguro de las Condiciones Generales.

En ese orden de ideas, la obligación de las empresas aseguradoras es la de entregar a los adquirentes de sus servicios las condiciones generales de seguro que deban regir al contrato respectivo, y en el caso conforme lo señalado se acreditó tal hecho, al presentar el hoy tercero interesado, la póliza correspondiente que contiene la leyenda de que las recibió y al probar en su contra es suficiente para estimar que existía el conocimiento de las condiciones generales por parte del actor.

De esta manera, es decir, si se acreditó la entrega de las condiciones generales de seguro que deben regir al contrato respectivo, entonces lo conducente es interpretar las cláusulas relativas a las antigüedades que se señalan en la póliza exhibida como base de la acción, para resolver cual es la aplicable al caso concreto y resolver la litis.





Bajo esa óptica, se tiene que de la **DOCUMENTAL PRIVADA** consistente en CARATULA DE PÓLIZA 956789L01, a la que se le concede valor probatorio pleno en términos de lo dispuesto por el artículo 1294 del Código de Comercio, al estar plenamente reconocida por las partes, en el rubro "Relación de Asegurados" se reconoció a la accionante tres tipos de antigüedad, lo que se ilustra de la manera siguiente:

Nombre	Antigüedad	Antigüedad	Antigüedad
	Reconocida	Axa	Axa Individual
	25/08/2018	24/07/2019	24/07/2019
	25/08/2018	24/07/2019	24/07/2019
	5/08/2018	24/07/2019	24/07/2019

Sin embargo, como ya se puntualizó la misma debe interpretarse a la luz, del clausulado respectivo emanado de las señaladas condiciones generales, en las que, en su apartado de definiciones, relativo a la antigüedad reconocida establecen lo que enseguida se transcribe:

Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida) Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos con otra compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos descritos en el apartado III. Cobertura básica, inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su Fecha de Antigüedad.



...1.3 Cobertura del recién nacido

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los Tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido inmaduro y/o prematuro, Padecimientos Genéticos, Padecimientos Congénitos incluyendo implante coclear y circuncisión únicamente por fimosis, así como Accidentes, Enfermedades o Padecimientos ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando:

- Al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) **meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad en AXA Individual.**
- Se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago del Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s).

Si la Madre Asegurada cumple con los 2 (dos) puntos anteriores, el recién nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada sin pasar por el proceso de selección médica, quedando asegurado desde su fecha de nacimiento.

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente y en caso de Enfermedad o Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando cumpla con los 2 (dos) puntos anteriores.

En caso de no cubrir con alguno de los 2 (dos) puntos anteriores, deberá solicitar el Alta de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones Generales, debiendo entregar Solicitud de Seguro requisitada y firmada pasando por el proceso de selección.



De la literalidad de las documentales de referencia estos es, de la póliza de seguro basal y sus respectivas condiciones generales, se tiene que para el pago de los gastos de la infante recién nacida , reclamados en el presente juicios, era indispensable que la madre, es decir, , tuviera en la póliza 956789L01, **por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua** al momento de su nacimiento, a partir del veinticinco de agosto de dos mil dieciocho, plazo que fenecía el veinticinco de junio de dos mil diecinueve, **lo que en el caso concreto aconteció**, ya que según consta de la propia caratula de la póliza, que a la aludida madre se le reconoció una antigüedad, que data del veinticinco (25) de agosto del dos mil dieciocho (2018).

Lo cual, de conformidad con la definición de "Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida) antes transcrita, es la fecha a partir de la cual la compañía aseguradora demandada, expresamente reconoció al momento de la contratación del seguro, que la asegurada (madre de la infante de referencia) ha estado cubierta de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos, incluso con otra compañía de seguros diversa.

Lo que, acorde al contenido de la misma definición, tomada de las condiciones generales que rigen al contrato basal, sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos, como lo es el enunciado en el 1.3 denominado "Cobertura del recién nacido", del apartado III. "Cobertura básica, inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera", de donde emana la obligación de pago, reclamada en el contradictorio natural.

De esta manera, si conforme a la **DOCUMENTAL PÚBLICA** consistente en el Acta de Nacimiento de la menor , a la que se le concede valor probatorio pleno en términos de lo dispuesto por el artículo 1292 del Código de Comercio, dicha infante, nació el veinte de febrero del dos mil veinte; es evidente que a la fecha de su nacimiento se cumplía el plazo de diez meses previstos en las condiciones generales, capítulo III denominado "Cobertura Básica", inciso b) Gastos Cubiertos con Periodo de Espera; apartado 1. Quedan amparados a partir de 10 (diez) meses, 1.3 Cobertura del Recién nacido.



El segundo y último requisito indispensable para la procedencia de la reclamación materia del juicio, conforme a las indicadas condiciones generales del seguro basal, es la notificación a la compañía aseguradora dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago del Alta de los nuevos asegurados, **el cuál en la especie también se cumplió**, tal como se acredita con la **DOCUMENTAL** consistente en correo electrónico, de fecha seis de marzo del dos mil veinte, en el que el accionante solicitó el alta de la recién nacida , envío de correo que se corrobora con la **DOCUMENTAL** consistente en notificación de trámite de fecha diecisiete de marzo del dos mil veinte, mediante la cual la compañía asegura le informa a la accionante que no es posible dar de alta a la recién nacida por talla y peso declarados, y si bien dichas documentales fueron exhibidas en copia simples, su existencia fue reconocida por la demandada, ya que en audiencia preliminar, de común acuerdo fijaron como hecho no controvertido, que el accionante con fecha diecisiete de marzo del dos mil veinte, recibió por parte de su agente de seguros, la respuesta de la aseguradora, en la que le informaba que no era posible dar de alta a su hija menor conforme a lo siguiente: *"Observaciones: 17/03/2020: lamentablemente no es posible dar de alta a asegurada por talla y peso declarados AGG"*, por lo que si la negativa de incorporar a la menor a la póliza 95678L01 se efectuó el diecisiete de marzo del dos mil veinte y la menor nació el veinte de febrero del mismo año, es evidente que la solicitud de alta se efectuó dentro de los treinta días naturales establecidos, en las condiciones generales transcritas.

Derivado de lo anterior, al haberse cumplido los requisitos establecidos en las condiciones generales para cubrir el riesgo de recién nacido, al tenor de la literalidad del propio clausulado de las condiciones y lo asentado en la póliza respectiva, es que tampoco se justifica la negativa por parte de la aseguradora demandada, para dar de alta a la recién nacida Sofía Rivaddeneyra, en la póliza 95089L01, desde su fecha de nacimiento;

más aún, cuando del contenido de la propia póliza se advierte que se reconoce a los asegurados una antigüedad anterior a la fecha en que se celebró el contrato de seguro, de aproximadamente un año, ya que la póliza se emitió el cuatro de septiembre del dos mil diecinueve; sin embargo, se reconoce una alta del veinticuatro de julio del dos mil diecinueve, la que coincide con la Antigüedad Axa y Axa individual, y una antigüedad reconocida desde el veinticinco de agosto del dos mil dieciocho.



Además, la demandada aseguradora efectuó al accionante el pago de ayuda por maternidad, lo anterior según consta de la **DOCUMENTAL** consistente en orden de pago 5378290, número de siniestro 20089002444, fecha dos de marzo del dos mil veinte; beneficio que también se encontraba sujeto a un periodo de espera de diez meses, según se advierte de las condiciones generales que rigen la póliza 95089001, y si bien la aseguradora el rendir el **INFORME** que le fue solicitado por esta autoridad mediante oficio 736 de fecha trece de noviembre del dos mil veinte; refiere que dicho pago se efectuó por error del analista que le toco revisar la reclamación, lo que genera prueba en contra de la aseguradora, pues genera la certeza de que la compañía aseguradora tenía pleno conocimiento de los alcances legales que tuvo el haber reconocido en la póliza una antigüedad a la madre de la indicada menos a partir del veinticinco de agosto del dos mil dieciocho.

Sin que de la **DOCUMENTAL** consistente en el correo electrónico enviado por la C. _____, enviado al accionante el nueve de abril del dos mil veinte, exhibido por la demandada, junto con el **INFORME** requerido por esta autoridad mediante oficio 737; constituya obstáculo a lo hasta aquí analizado, en razón de que si bien en dicho correo consta que se le explicó al accionante la razón por cual a consideración de la aseguradora no podía darse de alta en la póliza 9578904L01, a la menor _____, desde su fecha de nacimiento, no menos cierto es que, dicha explicación, no exime a la asegurado de cumplir con sus obligaciones de pago emanadas del contrato basal y la póliza respectiva.

A mayor abundamiento, de la **PRUEBA CONFESIONAL** a cargo del accionante, se advierte que el mismo, al suscribir la póliza parte de la idea o creencia de que el mismo así como su esposa y en general las personas anotadas en la referida póliza, se encuentran aseguradas, desde la fecha de su suscripción, pero con una antigüedad previa, lo que se afirma, en razón de que en el desahogo de dicha prueba, de manera espontánea contestó a las preguntas formuladas por la demandada oferente, medularmente lo siguiente:

Primera: ¿Nos puede indicar y decir el nombre de su agente de seguro?

Respuesta:



Segunda: ¿Nos puede decir si esa persona se entrevistó personalmente con usted para ofrecerle el seguro...? Respuesta: Personalmente no

Tercero: ¿Nos puede decir si le dio una explicación del producto que iba a adquirir a través de él de Axa Seguros...? Respuesta: Me dio una explicación de los seguros y me entrego un correo en donde venía un cuadro resumen con las condiciones y el resumen de las condiciones y los generales del seguro.

Cuarta: ¿Nos puede indicar o precisar si leyó el contenido de ese correo que acaba de precisar o mencionar? Respuesta: Si su señoría, si leí el correo y

de hecho, ahí nada más quiero reiterar que una de las cosas que yo estaba buscando era el reconocimiento plano de mi antigüedad dado que yo estaba cambiando de seguro y originalmente yo tenía seguros Atlas, entonces originalmente mi intención era quedarme con Atlas, y al final el me dijo sabes que, Axa te puede ofrecer algo mejor y no vas a tener ningún tema con tu reconocimiento, entonces ahí fue cuando yo tome la decisión de irme a seguros Axa

Quinta: ¿Usted sabe la vigencia del contrato de seguro que celebró con Axa seguros? Respuesta: Sí, es de un año señoría, renovable cada año.

Sexta: ¿Usted sabe la fecha de inicio de la vigencia? Respuesta: sí, si mal no recuerdo es julio, fue en julio cuando inicio, julio del dos mil diecinueve

Séptima: ¿Usted sabe sí cuando nació su hija sabe que habían transcurrido únicamente seis meses con veintisiete días de vigencia de la póliza? Respuesta: Sí, yo lo sabía, este, pero en ningún momento se me explicó algún tema de reconocimiento individual de la póliza, yo desde el momento que contrate yo les pedí que tuviera todo el reconocimiento, y me mandaron una póliza y me mandaron aquí está el reconocimiento lo vas a ver en tu póliza y venía que ese reconocimiento se daba con la carta que yo di de



seguros Atlas, donde se me reconocía desde dos mil dieciocho, para mí eso era tranquilidad y nunca se me explicó ningún tema de antigüedad individual o Antigüedad axa

Octava: ¿Usted sabe que cuando nació su hija, entonces, la póliza tenía menos de diez meses de cobertura continua? Respuesta: Yo tenía un reconocimiento de antigüedad el cual di con seguros Atlas, entonces yo en ese momento, asumí que yo tenía toda la antigüedad reconocida y su señoría yo había contratado un seguro familiar

Novena: ¿Nos puede decir entonces si leyó el contenido de la póliza? Respuesta: Yo leí el contenido de la póliza, pero en ningún momento ahí viene los detalles del tema de cobertura, la póliza son dos hojas, donde viene el reconocimiento, donde viene el tema de la antigüedad y el tipo de póliza que estas adquiriendo y punto.

Décima: Usted acaba de mencionar hace unos momentos que leyó detenidamente el contenido del correo que le envió el agente de seguros donde le explicó el producto que vendía Axa seguros, ese documento veo que consta de varias hojas, ¿usted la leyó todas? Respuesta: Yo leí todas

Décimo Primera: Sí las leyó todas, ¿vio usted que en ese documento aparecen exclusiones, que no iban a ser cubiertos ciertos gastos por Axa Seguros si se daba ese supuesto? Respuesta: Es que no recuerdo el detalle de ese correo su señoría, hay un correo que es el que viene en el documento de nuestras deducciones, creo, donde viene la comparativa de seguros Atlas y Seguros Axa y ese es el correo donde yo me remito a contratar, me dice, estos son los dos seguros que tenemos y me pone un cuadrito en donde viene las condiciones y el aparte me hace una sugerencia, yo te sugiero irte con Axa porque tiene una cobertura mayor y un precio más competitivo y no vas a tener ningún tema tampoco con el tema de tu antigüedad, porque para mí también eso era lo más importante y eso me confirma el agente entonces yo con toda tranquilidad en ese correo digo a entonces hay que contratar, quiero contratar Axa.



Manifestaciones que se corroboran con la **DOCUMENTAL** consistente en correo de fecha doce de agosto del dos mil diecinueve, en el que el agente de seguros le explica al hoy accionante la diferencia entre una póliza Axa y una póliza Atlas, indicando en su parte conducente lo que es del tenor siguiente: ***"Por lo anterior te sugerí hacer el trámite con Axa y como ya quedó el seguro, con todo y la antigüedad, te escribo para enviarte un comparativo entre las pólizas y puedas tomar la mejor decisión..."***, de lo anterior se advierte con meridiana claridad que el asegurado y hoy accionante buscaba que en la póliza que contratara se le respetara o reconociera cierta antigüedad.

V.- (ANÁLISIS DE LAS EXCEPCIONES Y DEFENSAS).-

Resulta **INFUNDADA**, la excepción de **FALTA DE ACCIÓN Y DE DERECHO DERIVADA DEL ARTÍCULO 59 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO**

opuesta por la demandada con el incisos **D)**, bajo el argumento medular consistente en que no procede el pago de los gastos médicos que se reclamaron a la aseguradora el veintitrés de abril del dos mil veinte, debido a que de conformidad con las condiciones generales de la póliza número 98978L11, no se cubren los gastos de recién nacido prematuro; lo anterior en términos de lo dispuesto en la Cláusula 1.3 Cobertura del Recién Nacido de la III Cobertura Básica, inciso b) Gastos Cubiertos con periodo de espera, ya que dicha cláusula impone como condición para que proceda, que al nacimiento del menor, la madre asegurada tenga por lo menos **10 (diez) meses de cobertura continua en la póliza o de antigüedad en Axaindividual**, y la menor nació cuando la madre aún no cumplía con los diez meses de periodo de espera, ya que solo tenía una antigüedad de seis meses con veintisiete días, por lo que al no haberse cumplido con el periodo de espera de diez meses convenidos, para dar de alta a la menor, debió pasar el proceso de selección y con base a los antecedentes de salud, se determinaría si procede o no el alta, siendo que en el presente el alta de la menor en la póliza de seguro número 958964L01, se dio hasta el cuatro de abril del dos mil veinte, en que concluyó el análisis de la información proporcionada.

Lo anterior es así, debido a que como ya quedó establecido al nacimiento de la menor, su madre la señora , **y** tenía 10 (diez) meses de cobertura continua, debido a la **antigüedad reconocida** en la Póliza número 978064L01, por lo que no le es oponible la exclusión que se



hace respecto de que la antigüedad de diez meses a partir de la sola antigüedad Axa individual, pues precisamente conforme a las condiciones generales del seguro basal, se estableció expresamente en la póliza, una antigüedad reconocida a partir del veinticinco de agosto de dos mil dieciocho, para eliminar o reducir la espera a que está sujeta la aplicación de algunas coberturas, como lo es, de donde emana el reclamo efectuado en el presente juicio.

En cuanto a la **EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN**, hecha valer en el inciso **F)** bajo el argumento que se niega que se haya dado a la demandada el aviso de la realización del siniestro el día seis de marzo de dos mil veinte, dado que a esa fecha aún no se expedían las facturas cuyo pago reclama, no siendo lógico ni congruente que con fecha seis de marzo del dos mil veinte, se haya presentado la reclamación, cuando la factura y recibos de honorarios aún no existían, ya que estas fueron expedidas mucho después de esa fecha, y que tampoco se dio aviso el seis de marzo del dos mil veinte, dado que a esa fecha aún no se expedía el endoso número A259908A, expedido por una vigencia del cuatro (4) de abril del dos mil veinte (2020) al 24 (veinticuatro) de julio de dos mil veinte (2020), con una antigüedad a partir del 4 (cuatro) de abril del dos mil veinte; precisando que la reclamación del reembolso de los gastos médicos se recibió hasta el 27 (veintisiete) de abril del 2020 (dos mil veinte); es **INFUNDADA**, en razón de en términos de la **DOCUMENTAL** consistente en correo electrónico, de fecha seis de marzo del dos mil veinte, y **DOCUMENTAL** consistente en notificación de trámite de fecha diecisiete de marzo del dos mil veinte, mediante la cual la compañía asegura le informa al accionante que no es posible dar de alta a la recién nacida, antes valoras, se acredita que se dio aviso del nacimiento de la menor y se solicitó el alta de la misma en la póliza 950984L01, lo que es suficiente para la procedencia del pago reclamado en el presente juicio, con total independencia de la contestación que al efecto efectuó la aseguradora demandada, menos aún el momento en que emitió el endoso de referencia.

Por los mismos motivos **RESULTA INFUNDADA**, la excepción de **FALTA DE ACCIÓN Y DE DERECHO DERIVADA DEL ARTÍCULO 59 DE LA LEY DE**

CONTRATO DE SEGURO opuesta por la demandada con el inciso **C)**, bajo el argumento medular consistente en que los gastos médicos reclamados, fueron erogados previo a la fecha de antigüedad y de la alta de la menor , en la póliza número 95876L01, por lo que no se encuentran amparados en la referida póliza de seguro, esto de acuerdo con la fecha de expedición de las facturas cuyo pago se reclaman,



ya que del cuerpo de las mismas se aprecia que estas fueron expedidas por un padecimiento (sinistro) acontecido antes del inicio de la vigencia del endoso número A259548A, expedido por una vigencia del cuatro (4) de abril del dos mil veinte (2020) al 24 (veinticuatro) de julio de dos mil veinte (2020), con una antigüedad a partir del 4 (cuatro) de abril del dos mil veinte.

Lo anterior es así, debido a que como ha quedado establecido, no le es dable a la compañía aseguradora, desconocer los alcances de haber reconocido expresamente en la póliza respectiva una antigüedad a la madre de la menor de que se trata contada a partir del veinticinco de agosto de dos mil dieciocho, por ende, a sus asegurados, no les son oponibles el contenido del periodo de espera de **10 (diez) meses de antigüedad en Axa individual, en que sustenta su negativa de pagoy** a que se refiere el capítulo III denominado "Cobertura Básica", inciso b) Gastos Cubiertos con Periodo de Espera; apartado 1. Quedan amparados a partir del 10 (diez) meses, 1.1. Ayuda por Maternidad y 1.3 Cobertura del Recién nacido, de las condiciones generales, y por tanto se debe estar al contenido literal de la póliza en el que consta una antigüedad reconocida a partir de esa data.

Por lo que hace a la EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DE DERECHO EN RELACIÓN CON LO ORDENADO EN EL ARTÍCULO 25 DE LA LEY

SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, opuesta por la demandada con el inciso **G)**, bajo el argumento medular consistente en que el accionante contaba con un plazo de treinta días para inconformarse con las condiciones pactadas en el endoso, en particular en la fecha de antigüedad reconocida, es **INFUNDADA**, debido a que en términos de lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, a fin de que operara lo contenido en el artículo 25 de la citada ley, debía insertarse el texto de dicho precepto en el endoso número A259799A, lo que en el caso concreto no aconteció.

En cuanto a la excepción de **FALTA DE ACCIÓN Y DE DERECHO DERIVADA DEL ARTÍCULO 59 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO**

opuesta por la demandada con los incisos **E) y M)**, bajo el argumento complementario consistente en que no procede el pago de los gastos médicos que se reclamaron a la aseguradora el veintitrés de abril del dos mil veinte, debido a que la menor nació el veinte de febrero de dos mil veinte y los gastos cuyo reembolso se reclaman fueron erogados en fecha veinte de marzo del dos mil veinte, lo que implica que el diagnóstico de su



padecimiento fue realizado al momento de su nacimiento o en algún punto dentro de las fechas señaladas con anterioridad, por lo en términos del capítulo V de exclusiones de las condiciones generales del contrato de seguro, punto 53, no se cubren los gastos de recién nacido prematuro.

V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) El presente Contrato de Seguro no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por Enfermedades o Padecimientos, estudios, Tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

...2 Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio de haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

3. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y enfermedades o padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de cobertura de este Póliza, excepto específicamente mencionado en la cobertura 1.3 Cobertura Recién Nacido, lo referente a padecimientos congénitos para nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza

...53. Enfermedades que se hayan diagnosticado en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación o en caso de Emergencia Médica.

Es **INFUNDADA**, en razón de que dicha exclusión se debe tener por no puesta debido a que es genérica, porque no establece el tipo de enfermedad o padecimiento que se excluye, lo cual atenta contra la finalidad del contrato de seguro, que no es más que el quedar cubierto en contra de cualquier enfermedad, de manera que dicha exclusión genérica sólo significa que en realidad el contrato comienza a tener vigencia posterior a los treinta días de su formalización, puesto que no se le podrán pagar los padecimientos en su acepción de enfermedad que surjan antes de ese periodo, lo cual no cumple con el objetivo, finalidad, causa e intención del contratante asegurado, que fue el quedar protegido desde su vigencia, lo que ocasiona prolongar el tiempo de inicio de la vigencia del seguro; de esa manera, dicha cláusula contiene un doble propósito de protección para el ente asegurador, en caso



en que también adicionalmente hubiera establecido un apartado específico de enfermedades o padecimientos preexistentes; lo que genera una práctica desleal para el contratante asegurado, pues ante una eventualidad de enfermedad o padecimiento durante los primeros treinta días de celebrado el aseguramiento, carece de esa garantía de protección que le proporciona su contratación; **tal y como al respecto se pronunció** el Primer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Décima Región, en su tesis VIII.10.(X Región) 7 C (10a.), Registro digital: 2004177, Décima Época, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXIII, Agosto de 2013, Tomo 3, página 1612, criterio al que esta autoridad se adhiere y que a la letra dice:

"CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. LA CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN QUE ESTABLECE QUE LA ENFERMEDAD O TRATAMIENTO SUSCITADO ANTES DE LOS PRIMEROS TREINTA DÍAS DE VIGENCIA NO SERÁ CUBIERTA, SINO SÓLO DESPUÉS DE ESE PLAZO, ES GENÉRICA Y PRODUCE UNA PRÁCTICA DESLEAL. La cláusula del contrato de seguro de gastos médicos, que excluye durante los primeros treinta días de su vigencia a la enfermedad o tratamiento suscitado en ese plazo, interpretada de manera sistemática de acuerdo con los principios de buena fe, voluntad de los contratantes, lógica jurídica, identidad, congruencia, causalidad, finalidad y sana crítica, en correlación con el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece que: "La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos."; debe concluirse que es genérica, porque no establece el tipo de enfermedad o padecimiento que se excluye, lo cual atenta contra su finalidad que no es más que el quedar cubierto en contra de cualquier enfermedad. De manera que dicha exclusión genérica sólo significa que en realidad el contrato comienza a tener vigencia posterior a los treinta días de su formalización, puesto que no se le podrán pagar los padecimientos en su acepción de enfermedad que surjan antes de ese periodo, lo cual no cumple con el objetivo, finalidad, causa e intención del contratante asegurado, que fue el quedar protegido desde su vigencia, lo que ocasiona prolongar el tiempo de inicio de la vigencia del seguro; de esa manera, dicha cláusula contiene un doble propósito de protección para el ente asegurador, en caso en que también adicionalmente hubiera establecido un apartado específico de enfermedades o padecimientos preexistentes; lo que genera una práctica desleal para el contratante asegurado, pues ante una eventualidad de enfermedad o padecimiento durante los primeros treinta días de celebrado



el aseguramiento, carece de esa garantía de protección que le proporciona su contratación."

Derivado de lo anterior, **RESULTAN INFUNDADAS** las excepciones de

PLUS PETITIO, PAGO DE LO INDEBIDO y PLUS PETITIÓN, opuestas con

los incisos H), J) y L) ya que efectivamente, conforme a lo antes considerado, le asiste la razón al accionante de reclamar el pago de los gastos erogados respecto de la recién nacida .

BARBARA ARELY MUÑOZ MARTINEZ 27/01/25 15:14:22
706a63646d7832303030343236

Por lo que hace a la **EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN**, opuesta con el inciso **K)** bajo el argumento consistente en que la parte actora en el planteamiento de su demanda incurre en una serie de omisiones, imprecisiones, ambigüedades y vaguedades, al no señalar circunstancias de tiempo, lugar, forma, modo y ejecución en que acontecieron los hechos, colocando a la aseguradora en un estado de indefensión por no tener elementos objetivos que contradecir en la presente contestación a la demanda; **es INFUNDADA** debido a que los hechos del escrito inicial de demanda son claros y permiten a esta autoridad junto con los documentos exhibidos analizar la acción.

Respecto a la excepción de **NULIDAD DE CONTRATO DE SEGURO** documentado en el ENDOSO NÚMERO A2598768A, expedido por una vigencia del cuatro (4) de abril del dos mil veinte (2020) al **24 (veinticuatro) de julio de dos mil veinte (2020)**, con una antigüedad a partir del 4 (cuatro) de abril del dos mil veinte, por medio del cual se dio de alta a la menor en el contrato de seguro documentado en la póliza número 95673L01, que deriva del artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en razón de que el contrato de seguro documentado en el citado endoso, es nulo, al haberse realizado el siniestro (gastos médicos) mucho antes del inicio de la vigencia del endoso.



Que una de las principales características del contrato de seguro, es que es un contrato de buena fe y aleatorio, es decir, que depende de la realización de una eventualidad o situación contingente, de manera que aquello que ya ha ocurrido o necesariamente deba ocurrir no puede tener el carácter de eventualidad ni de riesgo, por lo que no puede ser materia de aseguramiento, dicho de otra manera que entraña azar/incertidumbre, pues implica que las partes no saben cuál de los riesgos asumidos habrá o no de actualizarse antes de su celebración.

Y que en términos de la más elemental lógica, en el contrato de seguro el riesgo es uno de los elementos esenciales específicos del contrato de seguro y si esa eventualidad se convierte en certeza porque ya ha ocurrido o necesariamente debería ocurrir, claramente se está en presencia de una causa de nulidad de este, o de inexistencia conforme al Código Civil Federal, puesto que sin riesgo, es imposible la prestación del asegurador o en otros términos no existe objeto que según los artículos 1794 y 2224 del Código Civil Federal, es requisito para la existencia de un contrato en general

La referida excepción es **INFUNDADA** en razón de que el riesgo (gastos de recién nacido) se generaron dentro de la vigencia de la póliza 96034L01, que atendiendo el contenido de la misma, es desde el veinticuatro de julio del dos mil diecinueve, con una antigüedad reconocida desde el veinticinco de agosto del dos mil dieciocho, sin que deba considerarse como lo pretende la excepcionista como fecha de vigencia de la póliza, el del endoso número A259799A, ya que este únicamente documenta la incorporación del nuevo asegurado a la póliza.

Finalmente, la excepción de **FALTA DE ACCION Y DE DERECHO** opuesta con el inciso **N**), bajo el argumento consistente en que cuando se ejerce una acción legal para reclamar el reembolso de gastos médicos en afectación de un contrato de seguro, se debe acreditar, entre otras cosas, la actualización de la eventualidad amparada en el contrato de seguro, lo que se demuestra acreditando la existencia de una enfermedad debidamente diagnosticada que este amparada en el contrato y la erogación de gastos médicos a consecuencia directa del diagnóstico; es **INFUNDADA** en los términos en que se hace valer, ya que si bien lo que indica el excepcionista es aplicable para el caso de cobertura por enfermedad, sin embargo en el caso concreto,



el riego amparado se trata de gastos emanados de la Cobertura del recién nacido, los que se encuentra perfectamente acreditados en juicio, con la **DOCUMENTAL** consistente en facturas, estudios médicos, estado de cuenta, exhibidos por el actor junto con su escrito inicial de demanda, en el que consta los servicios médicos tanto de material como de atención clínica, proporcionados a la menor, las que adminiculadas con el **INFORME** rendidos por Operadora de Hospitales Ángeles, en respuesta del oficio 735 enviado por esta autoridad, mediante el cual remite estado de cuenta de los gastos erogados por la atención de la menor y captura de pantalla de la forma en que se pagaron dichos gastos, generan certeza del monto del pago efectuado y reclamado a la accionante.

No constituye obstáculo para todo lo considerado, la objeción efectuada por la parte demandada, a los documentos valorados, ya dicha objeción sólo se hizo en cuanto a su alcance y valor probatorio, correspondiendo al que suscribe determinar la eficacia probatoria de dicho medio de convicción; sustenta lo considerado la Jurisprudencia I.3o.C. J/30, Novena Época, Registro: 184145 emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta XVII, Junio de 2003 Página: 802, que a la letra dice:

"DOCUMENTOS. SU OBJECIÓN NO BASTA PARA RESTARLES EFICACIA PROBATORIA PORQUE CORRESPONDE AL JUZGADOR

DETERMINAR SU IDONEIDAD. *Es al órgano jurisdiccional al que corresponde determinar en última instancia la eficacia probatoria de una prueba documental objetada, atendiendo a su contenido o a los requisitos que la ley prevenga para su configuración; por lo que no son las partes las que a través de la objeción, puedan fijar el valor probatorio, por ende, basta que se haya objetado la prueba correspondiente para que el juzgador deba realizar un cuidadoso examen, a fin de establecer si es idónea o no para demostrar un determinado hecho o la finalidad que con ella se persigue, o si reúne o no los requisitos legales para su eficacia, lo cual debe hacer en uso de su arbitrio judicial, pero expresando la razón que justifique la conclusión que adopte."*



En razón de lo anterior, al no haber acreditado la demandada, ninguna de sus excepciones y defensas opuestas, lo procedente es condenar a la demandada a la inclusión en la citada póliza, de la menor , desde su fecha de nacimiento, es decir, desde el veinte de febrero del dos mil veinte, ello mediante la modificación del endoso número A256588A; así como al pago de la cantidad de \$6,610,450.05 (SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS 05/100 M.N.) por concepto de gastos de recién nacidos, riesgo amparado en el contrato de seguro base de la acción, cantidad a la que deberá descontarse el deducible pactado en la póliza de \$35,000.00 (TREINTA Y CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.), más el coaseguro del 5% sobre la cantidad que resulte de restar a la cantidad de gastos condenada, el deducible antes referido; lo que deberá realizar dentro del plazo de SETENTA Y DOS HORAS contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable, apercibida que en caso de no hacerlo se procederá a su ejecución forzosa, en términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

También, se condena a la demandada **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, al pago de los intereses moratorios (indemnización por mora) generados sobre la cantidad condenada en el anterior párrafo, con posterioridad a los treinta días desde que se le informó a la aseguradora del siniestro/riesgo, por lo que, si el aviso se realizó el día 06 (seis) de marzo de 2020 (dos mil veinte), el plazo de treinta días, feneció el 06 (seis) de abril de 2020 (dos mil veinte), por lo que los intereses deben computarse a partir del 07 (siete) de abril de 2020 (dos mil veinte), y hasta que se realice el pago de la suerte principal, concepto que se liquidará en ejecución de sentencia previo el incidente respectivo.

Lo anterior en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que establece lo siguiente:

"ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:



Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XV, diciembre de 2012, Tomo 2. Materia(s): Civil. Tesis: I.11o.C.11 C (10a.). Página: 1299, que a la letra dice:

“CONTRATO DE SEGURO. LA CONDENA A LA ACTUALIZACIÓN DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL PREVISTA EN EL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, AUN CUANDO NO SE HAYA RECLAMADO COMO PRESTACIÓN EN LA DEMANDA, NO VULNERA EL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA DE LAS SENTENCIAS. El referido precepto legal fue adicionado en la reforma que sufrió la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el tres de enero de mil novecientos noventa y siete, de cuya exposición de motivos resalta que la intención del legislador fue establecer un sistema de actualización del monto reclamado en moneda nacional, a unidades de inversión a partir de que la obligación fuera exigible, estableciendo un interés por incumplimiento, siendo que se consagró que los derechos previstos en dicho artículo fueran irrenunciables y que el pacto que pretendiera extinguirlo, no produciría efecto alguno y surgirían por el solo transcurso del tiempo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal, lo que implica que los derechos consagrados tienen el carácter de orden público. En mérito de lo anterior, cuando resulta fundada la acción de pago de indemnización derivada de un contrato de seguro, debe condenarse a su actualización en unidades de inversión de conformidad con el numeral en comento, con independencia de que no se hubiese reclamado esta última como prestación en la demanda, ya que no conlleva una variación de la litis o que se falte al principio de congruencia, sino que se trata de un actuar que salvaguarda el orden público y conlleva la efectividad del beneficio legal consagrado en beneficio del asegurado de que le sea cubierta la indemnización a la que se determinó que tiene derecho, en un valor real.”

VI.- Por último, en cuanto al pago de gastos y costas reclamado en el inciso

e) del escrito inicial de demanda, no se hace condena, en razón de que no se actualiza ninguna de las hipótesis previstas por el artículo 1084 del Código de Comercio.

En efecto, dicho numeral es del tenor literal siguiente:



En el primer caso se refiere a las diversas fracciones del artículo 1084 del Código de Comercio, o a la legislación aplicable al caso en la materia.

En el segundo supuesto, se está en presencia de una atribución en la que el juzgador, a su arbitrio, podrá condenar en costas cuando advierta que alguna de las partes procedió con temeridad o mala fe.

En la especie este juzgador considera que no se actualiza ninguna de las hipótesis de las fracciones I a V del precepto legal invocado. Asimismo, se determina que no se desprende evidencia para concluir que la parte demandada actuó con temeridad o mala fe.

Lo anterior es así porque la pretensión de la parte actora es que su colitigante cumpla con el contrato de seguro base de la acción; y la pretensión de la enjuiciada es que se decrete que tiene causa justificada para no cumplir.

En la especie no se acreditó que la parte demandada sabía, previo a la instauración de este juicio, que no estaba facultada para dejar de cumplir con sus obligaciones contractuales, o que sus medios de prueba fueran falsos, por lo que no puede concluirse que actuó con temeridad o mala fe.

En efecto, lo que caracteriza a la temeridad o mala fe, es el elemento subjetivo que lleva al litigante a sostener su pretensión con pleno conocimiento de que la razón no le asiste; es decir, cuando discute lo indiscutible, invocando una cuestión inviable que el sentido común podría indicar que no podría prosperar, de forma tal que pueda advertirse que el litigante tenía conciencia de esa situación y aun así prosiguió con ella.

En otras palabras, que se ejercite una pretensión a sabiendas que es improcedente legalmente, carente de causa justificada o sin motivo de



anterior, en virtud de que, del numeral citado se desprende que ambos supuestos se encuentran separados por la conjunción disyuntiva "o", lo que indica que basta que en el caso concreto se configure alguno de los dos para que sea procedente la condena respectiva. Así, en términos de la fracción V, del artículo 1084, del Código de Comercio, -que refiere que siempre será condenado el que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de ese tipo, a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes- para que proceda la condena en costas, es suficiente con que la autoridad judicial se encuentre impedida para estudiar la controversia planteada por falta de algún presupuesto procesal necesario para ello, sin que sea indispensable que se tome en cuenta la temeridad o la mala fe con que haya actuado cualquiera de las partes."

También resulta aplicable la tesis XXVII.3o.28, Registro: 2011041, emitida por el Tercer Tribunal Colegiado del Vigésimo Séptimo Circuito, consultable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, libro 27, Febrero de 2016, Tomo III, que a la letra dice:

"COSTAS EN LOS JUICIOS ORALES MERCANTILES. NO PROCEDE SU CONDENACIÓN EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1084, FRACCIÓN III, DEL CÓDIGO DE COMERCIO. El artículo 1084, fracción III, del Código de Comercio establece que la condena en costas siempre procederá cuando fuese condenado en juicio ejecutivo y el que lo intente si no obtiene sentencia favorable. Dichos juicios ejecutivos mercantiles son extraordinarios y sumarios, dirigidos a llevar a efecto los derechos que se hayan reconocido por actos o en títulos y basados en uno preconstituido con pleno valor probatorio, regulados en los artículos 1391 a 1414 del Código de Comercio. En ese sentido, las reglas de la fracción III del citado artículo 1084, no son aplicables a los juicios orales mercantiles, debido a que éstos son de naturaleza diversa y se encuentran previstos en un título especial, que comprende del artículo 1390 Bis al 1390 Bis 50 del citado código."

VI.- Por lo expuesto y fundado, y con apoyo en lo dispuesto por los artículos 1321, 1322, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328 y 1390 Bis 37 del Código de

Comercio, es de resolverse y se:



RESUELVE

PRIMERO. - Ha sido procedente la vía Oral Mercantil elegida en la que la actora _____, acreditó su acción y la demandada **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, no justificó sus excepciones y defensas.

SEGUNDO.- Se condena a la aseguradora **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, a la modificación del ENDOSO número A439799A, en el que se reconozca la antigüedad de la menor _____, como asegurada en la póliza 97863L01 desde la fecha de su nacimiento, es decir, desde el veinte de febrero del dos mil veinte.

TERCERO.- Se condena a la aseguradora **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, a pagar al actor _____ o a quien sus derechos represente, la cantidad de \$6,610,450.05 (SEI MILLONES SSEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS 05/100 M.N.) por concepto de gastos de recién nacidos, riesgo amparado en el contrato de seguro base de la acción, cantidad a la que deberá descontarse el deducible pactado en la póliza de \$35,000.00 (TREINTA Y CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.), más el coaseguro del 5% sobre la cantidad que resulte de restar a la cantidad de gastos condenada, el deducible antes referido; lo que deberá realizar dentro del plazo de SETENTA Y DOS HORAS contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable, apercibida que en caso de no hacerlo se procederá a su ejecución forzosa, en términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. La presente sentencia causa ejecutoria por ministerio de Ley, al no admitir recurso ordinario alguno.

CUARTO.- Se condena a la demandada **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, al pago de los intereses moratorios (indemnización por mora) generados sobre la cantidad condenada en el resolutivo tercero, a partir del 07 (siete) de abril de 2020 (dos mil veinte), y hasta que se realice el pago de la suerte principal, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, concepto que se liquidará en ejecución de sentencia previo el incidente respectivo.





TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
“2022, AÑO DE RICARDO FLORES MAGÓN,
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA”
VIGÉSIMO SÉPTIMO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL Y DE EXTINCIÓN DE DOMINIO

QUINTO. - No se hace especial condena en costas, por tramitación del presente controvertido, en términos del quinto considerando de este fallo.

SEXTO. - NOTIFÍQUESE.

ASÍ, DEFINITIVAMENTE juzgando lo resolvió y firma la JUEZ VIGÉSIMO SÉPTIMO CIVIL DE PROCESO ORAL Y DE EXTINCIÓN DE DOMINIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, Por Ministerio de Ley, Licenciada BÁRBARA ARELY MUÑOZ MARTÍNEZ, en términos de lo dispuesto por el artículo 111 en relación con el 80 ambos de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México, ante la fe del Licenciado en Derecho LUIS SOCORRO VILLEGAS MONTES, de conformidad con el artículo antes invocado, quien autoriza y da fe. Doy fe.



En el _____ 6 _____
_____ 2022 _____

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado: 1642443987770.pdf

Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México

Firmante(s): 2

Hoja(s): 39

Firmantes				Firmas			
Nombre(s):	LUIS SOCORRO VILLEGAS MONTES	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.34.31.35.38		
	BARBARA ARELY MUNOZ MARTINEZ	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.34.32.36		
OCSP							
Fecha: (UTC / CDMX)	17/01/22 18:27:49 - 17/01/22 12:27:49						
	17/01/22 18:28:30 - 17/01/22 12:28:30						
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)	17/01/22 18:27:49 - 17/01/22 12:27:49						
	17/01/22 18:28:30 - 17/01/22 12:28:30						
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							
54 c5 02 ac 4c 3f a3 6f 54 37 75 79 45 53 b7 f4 68 63 9c 98 f1 9e de 9c 8b 39 de 43 72 9f 12 92 4c f4 ea a8 2a 00 03 9d f9 cd 41							
8e c2 cb 77 7c 71 dc 28 84 28 d2 cb 3c 66 f7 a3 fa b8 a5 50 8a e1 a3 bb 2a 7f 38 93 85 79 e5 81 ed 41 06 00 60 d3 b8 b7 58 55 1c							

