



Ciudad de México, a veintinueve de mayo de dos mil dieciocho.

VISTOS para resolver en Definitiva los autos del Juicio Ordinario Mercantil, expediente *****, ***, promovido por la sucesión a bienes de ***** ***** ***** ***** por conducto de su albacea ***** ***** ***** ***** en contra de ***** ***** ***** *****; y

RESULTANDO:

PRIMERO. Por escrito presentado en la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, el diez de enero de dos mil dieciocho, turnado ese mismo día a éste órgano jurisdiccional, la sucesión a bienes de ***** ***** ***** ***** por conducto de su albacea ***** ***** ***** ***** demandó en la vía ordinaria mercantil de ***** ***** ***** ***** las siguientes prestaciones:

- “a) El pago de la cantidad de \$1´013,402.40 (UN MILLÓN TRECE MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 40/100 M.N.) por concepto de pago de la cobertura de VIDA respecto de la póliza de seguro número *** ***** con numero de certificado ***** Dicha cantidad corresponde al pago de 24 meses de salario que percibía el señor ***** ***** ***** y que se prueba con el convenio de finiquito que se señala más adelante. La cantidad anterior se denominarán (sic) en Unidades de Inversión, al valor de estas 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 efectuó 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 cuenta 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 efectuó 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 29 de agosto de 2017, a través del escrito de reclamación en *********, los intereses moratorios deben computarse desde el día siguiente del 29 de septiembre de 2017 y deberá capitalizarse mensualmente 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 cuenta 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."

Los hechos en que se fundó la demanda se tienen aquí por reproducidos en obvio de repeticiones innecesarias.

SEGUNDO. Previo desahogo de prevención, con fecha veintidós de enero de dos mil dieciocho, se admitió a trámite la demanda en la vía y forma propuestas, ordenándose emplazar a la demandada,

lo cual se realizó en diligencia de fecha veinticuatro de enero de dos mil dieciocho (fojas 61 y 62), concediéndole un término de quince días, a efecto de que contestara la demanda instaurada en su contra.

Asimismo, se ordenó llamar como tercera a **** *, quien fue notificada en diligencia de veintitrés de enero de dos mil dieciocho (fojas 59 y 60)

TERCERO.- Mediante escrito presentado el catorce de febrero de dos mil dieciocho, la demandada **** * por conducto de su apoderado **** *, dio contestación a la demanda instaurada en su contra, opuso excepciones y defensas (fojas 63 a 117), manifestando:

En cuanto a las **PRESTACIONES:**

- “a) **SE NIEGA** que la hoy demandante tenga derecho para exigir, de mi representada: “... El pago de la cantidad de \$1,013,402.40 (un millón trece mil cuatrocientos dos pesos 40/100 m.n.) por concepto de pago de la cobertura de VIDA respecto de la póliza de seguro número **** * con número de certificado **** * ...” cantidad ésta que, pretendidamente, corresponde a 24 meses de salario que supuestamente percibía el señor **** * y que la hoy demandante, exige sea igualmente denominada en Unidades de Inversión, al valor de estas a su vencimiento...
- b) **SE NIEGA** que la hoy demandante tenga derecho



alguno tanto para exigir como para acceder, con cargo al patrimonio que mi mandante administra como entidad de seguro que resulta ser, a la satisfacción de la prestación correspondiente a "...El pago de intereses moratorios sobre la cantidad demandada en la prestación a) generados a partir de que han transcurrido treinta días desde que se le notificó a la aseguradora del siniestro" y "capitalizarse mensualmente 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..." y la negativa que se realiza es así, atento a que la prestación que nos ocupa resulta completamente inoperante e infundada, ello no sólo por encontrarse la misma originada al margen de cualquiera de las disposiciones sinalagmáticas que rigen al Seguro de Vida Grupo Empresarial documentado al amparo de la póliza ***

***** y su certificado individual *****

sino porque, en la especie, la hoy demandante carece de todo y cualquier derecho para demandar a mi representada en los términos que al efecto ha propuesto

...

c) SE NIEGA que la hoy demandante tenga derecho alguno para exigir de mi mandante: "... a que una vez que se condena 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 máximo de 72 horas contadas a partir de que sea legalmente ejecutable la resolución que se dicte...", y esto es así, atento a que la prestación que nos ocupa es completamente inatendible e infundada, por estar fuera de todo orden legal y contractual, a virtud de que en la especie la parte hoy demandante carece de derecho alguno para demandar la cantidad principal, o sus accesorios.

...

d) SE NIEGA que la hoy demandante tenga derecho alguno tanto para exigir, como para acceder con cargo a mi mandante, a la satisfacción de "...El pago de gastos y costas que se generen en el presente juicio..." y la negativa que se realiza es así, atento a que la demanda que en este contradictorio es deducida, no sólo resulta plena y totalmente temeraria, ligera, insuficiente, infundada e inoperante, sino a su vez es total y absolutamente maliciosa atento a que, mi representada, en la especie, NUNCA ha dado motivo alguno ni ha dejado de cumplir con las obligaciones asumidas a su cargo por virtud de la celebración de la contratación del seguro que nos ocupa, sino en todo caso, mi poderdante, BAJO CABAL Y ESTRICTA PROTESTA DE DECIR VERDAD, se encuentra allanada y dando cumplimiento total y absoluto a las disposiciones que le resultan aplicables tanto de la Ley sobre el Contrato de Seguro, como del contrato de seguro

materia de actual debate, pues ello resulta así, dado que la señora ***** carece del carácter de beneficiaria particularmente designada en la contratación de seguro que nos ocupa, razón ésta por la que su reclamo no puede ser mayor ni superior ni estar por encima de las convenciones establecidas por las partes contratantes de dicho sinalagma, ello sin perjuicio que la parte contratante **** **

*** Tiene expedido derecho para determinar a quien habrá de entregarse todo y cualquier beneficio derivado del contrato de seguro en disputa, para el eventual caso que no existiera designación de beneficiarios de personas ciertas y conocidas, cumpliendo previamente con los requisito contractualmente establecidos al efecto...”

Y en relación a la contestación de los hechos se tienen por reproducidos como si a la letra se insertasen.

Escrito que fue acordado el dieciséis de febrero de dos mil dieciocho, en el que se le dio vista a la parte actora con el contenido de la contestación de demanda (foja 200).

En promoción presentada el veintidós de febrero de dos mil dieciocho (fojas 208 a 219), la parte actora desahogó la vista dada con la contestación de demanda, el cual se tuvo por recibido en auto de veintiséis de febrero de dos mil dieciocho. (foja 226)



CUARTO.- Por escrito presentado el catorce de febrero de dos mil dieciocho, la tercera llamada ****

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

*****, se apersonó al presente juicio, manifestando en cuanto a las prestaciones, lo siguiente:

“a) La prestación correlativa que se contesta carece de fundamento fáctico y jurídico, por lo que se niega el derecho y acción que argumentó la actora para demandar dicha prestación, todo lo cual quedará plenamente razonado y acreditado en el capítulo de excepciones y defensas contenido en este escrito.

Cabe destacar que la prestación que se contesta per sé carece de acción en contra de mi mandante toda vez que adolece de una flagrante legitimación activa tal y como se advierte desde el escrito inicial de demanda de la actora en donde expresamente en el capítulo de hechos se estipula que:

“Haciendo la aclaración de que en ningún momento se está demandando prestación alguna de la persona moral **** ** **”, simplemente se le pide a su Señoría que se le mande llamar como TERCERO para que manifieste lo que a su derecho corresponda y en su caso coadyuve a tramitar el cobro del seguro de vida...”

En efecto, mi mandante no es parte del proceso ni se le reclama prestación alguna.

Así las cosas, atendiendo al principio de congruencia, la cual se califica entre lo solicitado por las partes y lo resuelto por el juzgador, su Señoría no tendrá más remedio que declarar improcedente la prestación que se contesta puesto que no puede condenar a mi mandante al pago de cantidad laguna pues no parte demandada ni tiene interés legítimo en la litis.

B) La contestación correlativo que se contesta también carece de fundamento fáctico y jurídico, además, deberá seguir la misma suerte de la principal, es decir, de la identificada con el inciso a) que antecede, por lo que, deberá ser declarada infundada e improcedente.

Cabe destacar que ningún interés legal puede establecerse o simplemente calcularse en este juicio como lo solicita la actora, en función de que mi

representada jamás acordó el vencimiento de fecha alguna para el pago, ni se la ha requerido o interpelado para tal efecto.

c) La contestación correlativa que se contesta también carece de fundamento fáctico y jurídico, además deberá seguir la misma suerte de la principal, es decir, de la identificada con el inciso a) y b) que anteceden, por lo que, deberá ser declarada infundada e improcedente.

d) La última prestación que se contesta deberá ser declarada infundada e improcedente, puesto que la única responsable de dicho concepto será la propia actora a favor de mi mandante, en especial en tratándose del pago de honorarios de abogados, puesto que no obtendrá sentencia favorable en este juicio.”

Escrito acordado en proveído de dieciséis de febrero de dos mil dieciocho, en el que con su contenido se dio vista a la actora por el término de tres días a fin de que manifestara lo que a su interés correspondiera.

Por escrito presentado el veintidós de febrero de dos mil dieciocho, la actora desahogo la vista dada (fojas 220 a 225), ocurso que fue recibido en auto de veintiséis de febrero de dos mil dieciocho.

QUINTO.- Por auto de veintiséis de febrero de dos mil dieciocho, se abrió el juicio a prueba (foja 226).

La parte actora ofreció como pruebas:



- I. La confesional a cargo de la aseguradora demandada.
- II. La documental consistente en la póliza de seguro base de la acción.
- III. La documental consistente en convenio de finiquito y recibo de pago.
- IV. La documental consistente en acta de defunción.
- V. La documental consistente en resumen clínico de fecha nueve de agosto de dos mil quince.
- VI. La documental consistente en escrito de trece de julio de dos mil dieciséis.
- VII. La documental consistente en respuesta electrónica de veintiséis de septiembre de dos mil diecisiete.
- VIII. La documental consistente en informe de fecha cuatro de diciembre de dos mil diecisiete.
- IX. La documental consistente en audiencia de conciliación de cuatro de diciembre de dos mil diecisiete.
- X. La documental consistente en escritura pública número cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cinco.
- *** La confesional a cargo de **** ** ** **
**** ** ****
- XII. La documental consistente en informe que rinda la tercera llamada a juicio.
- XIII. La presuncional legal y humana.
- XIV. La instrumental de actuaciones.

La demandada, ofreció como pruebas:

- 1. La documental consistente en el contrato de seguro de vida grupo empresarial base de la acción.
- 2. La documental consistente en original del oficio ***** de nueve de enero de dos mil dieciocho.
- 3. La documental consistente en copia certificada del expediente administrativo *****.

4. La presuncional legal y humana.

5. La instrumental de actuaciones.

Probanzas que fueron acordadas el catorce de marzo de dos mil dieciocho, de la siguiente manera:

De la actora.

Las confesionales se admitieron y fueron desahogadas en audiencia de veintiséis de marzo de dos mil dieciocho.

Las documentales, presuncional legal y humana e instrumental de actuaciones, se admitieron y desahogaron dada su propia y especial naturaleza.

El informe que rinda la tercera llamada a juicio, se admitió, y se tuvo por rendido en auto de dos de mayo de dos mil dieciocho.

De la demandada.

Las documentales, la presuncional legal y humana y la instrumental de actuaciones, se admitieron y desahogaron dada su propia y especial naturaleza.

El informe que rindiera la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, se admitió y desahogado en escrito presentado el dos de abril de dos mil dieciocho.



La tercera llamada a juicio no ofreció pruebas de su parte.

SEXTO.- Mediante proveído de dos de mayo de dos mil dieciocho (foja 311), se pusieron los autos a la vista de las partes a efecto de que formularan sus alegatos; lo que únicamente hizo la demandada en escrito presentado el ocho de mayo de dos mil dieciocho; por lo que en auto de once de mayo de dos mil dieciocho, se declaró por perdido el derecho de la actora y de la tercera llamada a juicio para formularlos de conformidad con el artículo 1078 del Código de Comercio; **citando a las partes para oír sentencia definitiva** en el presente juicio la cual se dicta al tenor de los siguientes:

CONSIDERANDOS:

PRIMERO.- Este Juzgado Decimocuarto de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México es legalmente competente para conocer y resolver la presente controversia jurídica de conformidad con lo dispuesto en los artículos 104, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 53, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y 1090, 1091, 1104, fracción II, 1322, 1377 y 1390 del Código de Comercio,

en virtud de que se trata de un Juicio Ordinario Mercantil, que se basa en el cumplimiento de una póliza de seguro de vida número ***** número de certificado *****.

SEGUNDO.- La legitimación de las partes quedó acreditada ya que la parte actora sucesión a bienes de ***** por conducto de su albacea ***** , quien para acreditar su personalidad exhibió copia certificada de la escritura pública número cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cinco, de fecha dieciséis de marzo de dos mil diecisiete, pasada ante la fe del notario público número cincuenta y tres de la Ciudad de México, licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez.

La demandada ***** , compareció por conducto de su apoderado ***** quien justificó su calidad con copia certificada del instrumento público número cincuenta y ocho mil ochocientos sesenta y cuatro, de fecha dos de diciembre de dos mil once, pasada ante la fe del notario público número ciento dos de la Ciudad de México, licenciado José María Morera González.



La tercera llamada a juicio **** *

compareció por conducto de su apoderado *****

***** , quien para acreditar su personalidad exhibió copia certificada de la escritura pública número ciento treinta y siete mil sesenta y tres, de fecha diecinueve de julio de dos mil diecisiete, pasada ante la fe del notario público número ciento veintiuno de la Ciudad de México, licenciado Amando Mastachi Aguario.

TERCERO.- La vía ordinaria mercantil elegida por la parte actora es procedente con fundamento en lo dispuesto por el artículo 1377 del Código de Comercio, en virtud de que la acción se basa en el cumplimiento de una póliza de seguro de vida, vida grupo número ***** de fecha veinte de octubre de dos mil catorce, expedida por *****
***** , y su consentimiento- certificado individual para ser asegurado en la póliza de vida grupo de fecha nueve de octubre de dos mil catorce.

CUARTO.- La relación jurídica que existe entre las partes, quedó debidamente acreditada con el

duplicado de la póliza de seguro de vida, vida grupo número *****, de fecha veinte de octubre de dos mil catorce, expedida por *****
*****, exhibido por la demandada, documental a la que se le otorga pleno valor probatorio conforme al artículo 1296 del Código de Comercio.

Póliza que acredita la existencia del contrato de seguro acorde al artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que refiere:

“Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del Artículo 21.”

QUINTO.- Conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, el que afirma está obligado a probar su acción, y por ende, asiste al demandado la carga procesal de justificar sus excepciones.

Por razón de método en primer orden se analizaran las excepciones opuestas por la demandada, en virtud de que de resultar procedente alguna perentoria no habría lugar a entrar al estudio de



la acción principal planteada por la actora en el principal, mismas que hizo consistir en:

- 1. Falta de legitimación de la parte demandante para reclamar de mi representada el cumplimiento del contrato de seguro de cuya exigencia trata el presente controvertido.**
- 2. Derivada del contenido del artículo 175 de la Ley sobre el contrato de seguro.**
- 3. Derivada del artículo 184 de la Ley sobre el contrato de seguro.**
- 4. Derivada de la cláusula 21 beneficiarios de las condiciones generales del contrato de seguro de vida grupo empresarial en relación con la cláusula denominada como “Designación de Beneficiarios” de las condiciones adicionales del contrato de seguro de vida grupo empresarial.**
- 5. Derivada de la ausencia de beneficiario designado por la contratante del seguro, nacida en la cláusula “designación de beneficiarios” de las condiciones adicionales del contrato de seguro.**
- 6. Inexistencia de la obligación.**
- 7. Plus petito o petición en exceso.**
- 8. Sine actione agis o falta de derecho y acción.**
- 9. Inexistencia de la obligación.**
- 10. Genérica de sine actione agis o falta de derecho y acción.**
- 11. Preclusión o imposibilidad de la parte demandante, para que aporte en este juicio, cualquier otro elemento que como prueba pudiera pretender traer para la tramitación del presente contradictorio, para varía o suplir las diversas deficiencias que han sido denunciadas en la integración de su demanda.**
- 12. Oscuridad de la demanda.**

Las excepciones marcadas con los números 1 a 5, denominadas: **falta de legitimación de la parte demandante para reclamar de mi representada el cumplimiento del contrato de seguro de cuya exigencia trata el presente controvertido; derivada del contenido del artículo 175 de la Ley sobre el contrato de seguro; derivada del artículo 184 de la Ley sobre el contrato de seguro; derivada de la cláusula 21 beneficiarios de las condiciones generales del contrato de seguro de vida grupo empresarial en relación con la cláusula denominada como “Designación de Beneficiarios” de las condiciones adicionales del contrato de seguro de vida grupo empresarial; derivada de la ausencia de beneficiario designado por la contratante del seguro, nacida en la cláusula “designación de beneficiarios” de las condiciones adicionales del contrato de seguro, son improcedentes.**

La excepcionista sostiene:

- La señora ***** no acredita en el presente juicio la calidad de beneficiaria del contrato de seguro de vida grupo empresarial número ***** vigente del



nueve de octubre del dos mil catorce al nueve de octubre de dos mil quince.

- ***** no demuestra gozar de mejor derecho para cambiar, ni variar las convenciones del contrato de seguro de vida grupo empresarial número ***** , en el que se designó el derecho de designar beneficiarios, cuando no se haya especificado a la muerte del asegurado, sin que la actora tenga mejor derecho para designar beneficiario.
- La actora no acreditó ser designada beneficiaria ni gozar de mejor derecho que la contratante para ser beneficiaria de la póliza, así como tampoco acreditó que no exista un descendiente con mejor derecho para acceder a los beneficios de la contratación, encontrándose impedida para ello.
- En la cláusula 21 del contrato de seguro, se dispuso como derecho de los asegurados la designación libre de los beneficiarios y ante su ausencia, el pago de la suma debía hacerse a aquella persona que el contratante del seguro determine mediante carta responsiva, luego la actora no puede ir en contra de lo convenido, por lo que su designación como heredera no es

suficiente para superar el derecho del contratante a designar beneficiario.

- En la cláusula designación de beneficiarios de las condiciones adicionales del contrato, es oponible a la actora al tratarse de un derecho convencional, por lo que se debe estar a la carta responsiva que la contratante emita en el que designe los beneficiarios del contrato de seguro.

A su vez la actora, al desahogar la vista dada, aseveró:

- Las excepciones son improcedentes, ya que el asegurado puede designar a cualquier persona como beneficiario del seguro y disponer libremente del derecho derivado de éste, y ante su ausencia se debe pagar a la sucesión del asegurado conforme al artículo 175 de la ley sobre el contrato de seguro.
- La suma asegurada es parte de la masa hereditaria del asegurado.
- La empresa contratante no tiene participación en la designación de beneficiarios.



- El contratante no tiene facultades de designación del beneficiario, sino le corresponde a la ley establecer ese derecho.
- El interés económico del beneficio del seguro es del asegurado no de la contratante.
- Es la única y universal heredera como se demostró de la escritura pública número cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cinco.

Así, la legitimación en la causa consiste en la identidad del actor con la persona a cuyo favor está la ley, por lo que el actor estará legitimado cuando ejerce un derecho que realmente le corresponde, constituyendo un requisito necesario para que se pronuncie sentencia definitiva.

Es aplicable la Jurisprudencia del Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXVII, Abril de 2008, página 2066, registro número 169857, Novena Época, que es del tenor 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.”

De inicio, el contrato de seguro es un acuerdo en el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar una suma de dinero por la actualización de la eventualidad prevista en el contrato¹.

El objeto es la indemnización por el daño, pérdida o deterioro provocado.

El contrato debe constar por escrito, en el que se incluyan sus adiciones y reformas.

En el caso, el contrato de seguro se plasmó en la póliza de seguro de vida, vida grupo número *****,
*****, de fecha veinte de octubre de dos mil catorce,

¹ Ley sobre el contrato de seguro.

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



contratado por **** ***. para la colectividad: personal administrativo con giro en la construcción, a razón de veinticuatro meses de sueldo base para cada participante, que contenía las coberturas de muerte, exención de pago de primas con tres meses de espera, pago anticipado por invalidez con tres meses de espera, e indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros en accidente colectivo, con vigencia del nueve de octubre de dos mil catorce al nueve de octubre de dos mil quince.

Como parte del contrato, se acompañaron las condiciones generales del seguro de vida grupo empresarial, en el que figura:

“DEFINICIONES

ASEGURADO TITULAR.

Es aquella persona para la cual en primera instancia, se solicita el seguro.

BENEFICIARIOS.

Serán aquellas personas designadas por el Asegurado Titular en el Consentimiento o Consentimiento-Certificado que recibirán el beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso del fallecimiento del Asegurado Titular.

CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Es el documento que expide Seguros Atlas y entrega a los Asegurados. En general es el documento por el que un Asegurado Titular acredita la existencia de las coberturas contratadas.

CONTRATANTE.

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

CONTRATO.

Acuerdo por el cual Seguros Atlas se compromete a pagar la suma asegurada contratada para cada riesgo si ocurriere el mismo y el Contratante y/o Asegurado Titular de pagar la prima con el fin de estar protegido.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA GRUPO.

1. OBJETO DEL CONTRATO.

Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales contraídas por el contratante con el grupo asegurado, con motivo de la pérdida o disminución de la productividad de la empresa; por la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o Directivos, o en el caso de instituciones dedicadas a la educación, garantizar el pago de colegiaturas e inscripciones de sus alumnos con motivo únicamente de la muerte o incapacidad en términos del contrato, del padre o tutor y/o responsable del pago de dichas colegiaturas.

Seguros Atlas a cambio de pago de la Prima, se obliga a pagar la suma asegurada contratada si ocurre el fallecimiento de los asegurados o sumas aseguradas de riesgos amparados que afecten a los asegurados en su salud o derivados de accidentes personas, de conformidad con los términos del presente contrato.

2. CONTRATO.

Forman parte de este contrato: la Solicitud de Seguro, la Póliza, la Carátula de Póliza, los Endosos anexos, los Consentimientos Individuales, los Certificados Individuales, el Consentimiento-Certificado Individual, Condiciones Generales, el Registro de Asegurados y los Recibos de Pago, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas.

18. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

Seguros Atlas expedirá y entregará al Contratante, los Certificados Individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado los cuales contendrán la siguiente información:

- I. Nombre, teléfono, domicilio de Seguros Atlas.
- II. Firma del funcionario autorizado de Seguros Atlas.
- III. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.



- IV. Nombre del Contratante.
- V. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado Titular.
- VI. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- VII. Suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio.
- VIII. Nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable de la designación y
- IX. Transcripción de las cláusulas principales de esta Póliza.

Los certificados individuales regirán para los miembros del grupo Asegurado desde la fecha de vigencia de este contrato, como se estipula en la cláusula ALTAS AL GRUPO ASEGURADO.

21. BENEFICIARIOS.

Los Asegurados Titulares tienen derecho a nombrar o cambiar los Beneficiarios, notificando por escrito a Seguros Atlas la designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y Seguros Atlas pague al último Beneficiario que tenga conocimiento, Seguros Atlas quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado.

Los Asegurados Titulares podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los Beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que no exista restricción legal en contrario y que lo notifiquen por escrito a los Beneficiarios y a Seguros Atlas y que conste en los Certificados Individuales, para lo cual habrá de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.

Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

También para la designación de beneficiarios se observara, en su caso, lo previsto en el Art. 12 del reglamento del Seguro de Grupo en sus fracciones dos y tres el cual se transcribe a continuación:

Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato de seguro sea:

- II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguro escolares o educacionales, o
- III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

De su contenido se desprende que:

- El asegurado titular es la persona para quien se solicita el seguro.
- Beneficiarios, son las personas designadas por el asegurado titular que recibirán el beneficio de las coberturas amparadas, en caso de fallecimiento del titular.
- El certificado individual, es el documento con que se acredita la existencia de coberturas.
- Contratante, es la persona que solicitó la celebración del contrato y que se compromete al pago de la prima.
- Contrato, es el acuerdo en el que la aseguradora se compromete a pagar la suma amparada por el riesgo contratado.
- Objeto del contrato, fue garantizar las prestaciones legales amparadas en la póliza de seguro.
- En el caso la aseguradora se obliga a pagar por el pago de la prima la suma asegurada contratada.
- Como parte del contrato se encuentra: la solicitud de seguro, la póliza, la carátula de póliza, los endosos anexos, los consentimientos individuales, los certificados individuales, el consentimiento-certificado individual, condiciones generales, registro de asegurados y recibos de pago.



- El certificado individual debe contener, entre otros el nombre de los beneficiarios.
- Los beneficiarios pueden cambiarse notificando a la aseguradora su designación.

Es decir, el contrato de seguro es la base para el cumplimiento de las obligaciones contraídas por la aseguradora respecto a las coberturas amparadas, que al ser un seguro de grupo, se materializa en un certificado individual.

En el participa el contratante, quien solicita el seguro; el asegurado, la persona para quien se solicita el seguro; la aseguradora, quien a cambio del pago de una prima, cubre una suma de dinero por las coberturas contratadas; y los beneficiarios quienes recibirán el beneficio de las coberturas amparadas, en caso de fallecimiento del asegurado.

Hasta aquí, los beneficiarios son las personas que ante el fallecimiento del asegurado recibirán el pago que por la cobertura contratada se actualice.

En el caso, en el consentimiento-certificado individual para ser asegurado en la póliza de vida grupo, obra en blanco el espacio dedicado a especificar el nombre, parentesco y porcentaje de los beneficiarios.

De forma que la demandada sostiene, se deberá estarse a lo pactado en las condiciones adicionales, en las que se establecieron:

“DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En aquellos casos en los que al momento del fallecimiento del asegurado este no cuente con la designación de beneficiarios correspondiente, se realizara el pago de la suma asegurada a aquella persona indicada por el contratante, siempre y cuando este último entregue carta responsiva a Seguros Atlas, S.A.”

Es decir, ante falta de designación de beneficiarios, la contratante del seguro debe indicar a la aseguradora la persona indicada, haciendo entrega de una carta responsiva.

No obstante, al apersonarse la contratante del seguro **** ***,

*****, manifestó:

“Asimismo, los Tribunales Colegiados de Circuito se han pronunciado en el sentido de que no son únicamente el albacea de la sucesión o los herederos los únicos legitimados para reclamar la indemnización, sino que también los familiares de la víctima están legitimados, siempre que acrediten el parentesco con el occiso para estar legitimados



circunstancia que no es y no puede ser del conocimiento de mi representada pues no existen posibilidades para saber si existen más familiares del de cujus como para efectuar el trámite de pago del seguro de vida en favor de la actora.

...

1. LA FALTA GENERAL DE ACCIÓN Y DERECHO.-Toda Vez que mi representada no tiene una legitimación activa para solicitar de la compañía aseguradora el pago del seguro de vida en favor de la actora.”

Manifestaciones de pleno valor probatorio conforme al artículo 1287 del Código de Comercio, que reflejan la falta de interés de la contratante para reclamar el pago de la póliza de seguro base de la acción.

Lo que se corrobora con la confesión de la tercera ante su incomparecencia a absolver posiciones del tenor siguiente:

“17. Por lo anterior, su representada se ha abstenido de emitir documento o carta responsiva a la señor ***** para solicitar el pago del seguro de vida.

18. Que su representada se ha abstenido de coadyuvar a la señor ***** en su calidad de albacea y única y universal heredera, para reclamar de ***** el pago de indemnización del seguro de vida.

19. Que su representada, en su calidad de contratante del seguro de vida bajo el número de póliza número ***** con número de certificado ***** , carece de facultades para designar beneficiarios.

20. Que al momento de recibir la demanda inicial del presente juicio, a su representada le fue entregada copia de la escritura pública número 54,405, emitida por el licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez, Notario Público 53 de la Ciudad de

México, donde la señora ***** es reconocida como albacea y única y universal heredera del señor *****

21. Que su representada sabe que a la fecha la señora ***** es la única persona con derecho hereditario a reclamar el pago de la indemnización a falta de la designación de beneficiarios tal cual se describe en la escritura pública número ***** emitida por el licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez, Notario Público 53 de la Ciudad de México.”

En ese sentido, no puede considerarse que el cobro del seguro amparado en la póliza base de la acción, sea exclusiva de la contratante, porque ante su desinterés el perjuicio no recae en ella, sino en las personas aptas de reclamar el seguro, como en el caso lo es el albacea de la sucesión a bienes del asegurado ***** conforme a lo establecido en el artículo 1706 fracción VIII del Código Civil Federal de aplicación supletoria².

Más aún si conforme al artículo 66 de la Ley sobre el contrato de seguro, obliga al asegurado y beneficiario para que a partir de que tengan conocimiento de la realización del siniestro lo informen a la aseguradora en un plazo no mayor a cinco días (ante falta de pacto).

² Artículo 1706.- Son obligaciones del albacea general:

...
VIII. La de representar a la sucesión en todos los juicios que hubieren de promoverse en su nombre o que se promovieren en contra de ella; ...”



Por lo anterior, el derecho de cobro del seguro no puede quedar expedito a que lo ejerza la contratante del seguro, porque entonces se atenta contra el objeto del contrato de seguro, que es la indemnización correspondiente por la actualización del siniestro amparado que favorece al destinatario de la cobertura.

De ahí que resulte, que si la cobertura amparada en la póliza base lo fue la “muerte” del asegurado ***** , que la actora señala aconteció como lo acreditó con la copia certificada del acta de defunción expedida el veintiocho de diciembre de dos mil catorce, documental de pleno valor probatorio de acuerdo al artículo 1296 del Código de Comercio.

Luego, si conforme a lo establecido en el artículo 1706 fracción VIII del Código Civil Federal de aplicación supletoria, como obligación del albacea se encuentre la de representar a la sucesión en los juicios que debieren promoverse en nombre del de cujus.

Resulta, que la albacea del de cujus *****

***** ***** ***** es la persona idónea para reclamar el pago de la póliza de seguro basal, pues como se explicó el derecho de cobro no puede ser exclusivo de la contratante del seguro, si no es la persona beneficiaria del cobro, sino sólo quien solicitó el seguro.

Contrario a lo que expuso la demandada de la falta de aplicabilidad de los criterios siguientes:

Tesis Aislada, sustentada por el Décimo Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXII, Diciembre de 2010, página 1750, registro número 163380, Novena Época, que reza:

“CONTRATO DE SEGURO. LA DESIGNACIÓN DE UN BENEFICIARIO PREFERENTE NO SE TRADUCE EN LA EXCLUSIVIDAD DE ÉSTE PARA RECIBIR EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE, EN TANTO QUE EL ASEGURADO TIENE DERECHO A DEMANDAR EL CUMPLIMIENTO DE AQUÉL Y LA APLICACIÓN TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA, AUN ANTE EL DESINTERÉS DEL BENEFICIARIO PREFERENTE. Si bien en los artículos 1o., 20, 31, 66 a 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se contempla la posibilidad de que el cliente, contratante o asegurado designe a un tercero o beneficiario que puede tener el carácter de preferente para recibir la indemnización correspondiente en caso de siniestro, esa designación sólo implica el derecho al beneficio, pero no que el asegurado pierda su derecho a exigir el cumplimiento del contrato y a que, en su momento,



reclame, judicial o extrajudicialmente, el monto asegurado o el remanente a través del cumplimiento forzoso del contrato, ya que si el objeto del seguro fue proteger un bien descrito en la póliza, la empresa aseguradora tiene que responder por el total de la obligación que ampare la póliza de seguro no sólo frente a la persona designada como beneficiaria preferente, sino también frente a quien aun cuando no tenga ese carácter se encuentre protegido del riesgo, por lo que no es dable jurídicamente estimar que la preferencia lleva consigo una exclusividad, que no haga factible que este último, por sí mismo, haga efectivo el seguro y reciba, eventualmente, el sobrante del monto asegurado, aun ante el desinterés de quien aparece como beneficiario preferente, al ser evidente que en todo caso dicho asegurado será responsable frente al beneficiario preferente, de acuerdo con el vínculo jurídico que los une, pero no trasciende a los derechos derivados del contrato de seguro, por lo que el asegurado puede recibir el remanente que pudiera generarse después de que el beneficiario preferente reciba el monto de lo que todavía le adeude a éste, en tanto que tiene constituido en su favor el derecho a demandar el cumplimiento del contrato de seguro, así como la aplicación de la suma asegurada.”

Así como la tesis aislada, sustentada por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXI, Abril de 2010, página 2808, registro número 164681, Novena Época, que es del tenor siguiente:

“SEGURO DE AUTOMÓVIL. EL ASEGURADO ORIGINAL Y EL BENEFICIARIO PREFERENTE TIENEN LEGITIMACIÓN PARA DEMANDAR EL PAGO. De conformidad con los artículos 1, 20, 31, 66, 67, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora por virtud del contrato de seguro se obliga mediante el pago de una prima, a resarcir un dinero o a pagar una suma de dinero de verificarse la eventualidad prevista en el mismo, resultando que indistintamente el asegurado o el beneficiario son los que quedan protegidos al cubrirse el riesgo y por ende los que tienen derecho a esa prestación porque son los titulares del patrimonio asegurado y en tal virtud, se encuentran obligados a informar la actualización del riesgo, a efecto de que la aseguradora esté en posibilidad de

comprobar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por tanto si bien la ley contempla la posibilidad de que el asegurado designe a un tercero o beneficiario para recibir la indemnización correspondiente en caso de siniestro, esa designación sólo implica el derecho al beneficio, pero no que el asegurado pierda su derecho a exigir el cumplimiento del contrato y a que en su momento se oponga a la determinación de la aseguradora en cuanto a que el siniestro acontecido no estaba cubierto en el contrato, ya que si el objeto del seguro fue proteger el vehículo descrito en la póliza, la empresa aseguradora tiene que responder no sólo frente a la asegurada designada como beneficiaria preferente, sino también frente a quien aun cuando no tenga ese carácter se encuentre protegido del riesgo, pues no es dable jurídicamente estimar que la preferencia lleva consigo una exclusividad, que no haga factible que este último por sí haga efectivo el seguro, aun ante el desinterés de quien aparece como beneficiario preferente, pues es obvio que en todo caso dicho asegurado será responsable frente al beneficiario preferente de acuerdo con el vínculo jurídico que los une, pero no trasciende a los derechos derivados del contrato de seguro, por lo que el asegurado no carece de legitimación pues tiene constituido en su favor el derecho a demandar el cumplimiento del contrato de seguro y la aplicación de la suma asegurada, de ahí que aun cuando el beneficiario está facultado para demandar el pago, ello no impide que el asegurado también pueda exigirlo directamente.”

Tales criterios son aplicables por analogía de razón al presente asunto, pues en ellos se precisa que el derecho de cobro del contrato de seguro, no sólo corresponde a los beneficiarios designados sino también al asegurado, en el presente asunto ante su fallecimiento al albacea de su sucesión.

Por tanto, la actora *****
*****, en su carácter de albacea de la sucesión a bienes de *****
acreditó su personalidad con copia certificada de la



escritura pública número cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cinco, de fecha dieciséis de marzo de dos mil diecisiete, pasada ante la fe del notario público número cincuenta y tres de la Ciudad de México, licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez; y cuenta con legitimación activa en la causa.

Es también aplicable por analogía la tesis aislada sustentada por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXII, Julio de 2005, página 1532, registro número 177804, Novena Época, que dice:

“SEGURO DE AUTOMÓVIL. TANTO LA CONTRATANTE COMO LA ASEGURADA SEÑALADA COMO PREFERENTE TIENEN LEGITIMACIÓN PARA EXIGIR EL PAGO POR LOS DAÑOS CAUSADOS AL BIEN ASEGURADO. El que la contratante del seguro no aparezca como beneficiaria no significa que no tenga legitimación para exigir el pago a la aseguradora por los daños causados al bien objeto del contrato, pues al ser una de las dos personas que contrató con la aseguradora, se constituye en asegurada, de manera que si el objeto del seguro fue proteger al asegurado y al vehículo descrito en la póliza, es evidente que la empresa aseguradora tiene que responder no sólo frente a la asegurada designada como beneficiaria preferente, sino también frente a la que aun cuando no fue designada con tal carácter, está asegurada por la demandada. Al respecto es importante destacar qué debe entenderse por preferencia proveniente del latín praeferen-entis, participio activo de praeferre, preferir; se encuentra definido como la "primacía, ventaja o mayoría que una persona o cosa tiene sobre otra; elección de una cosa o persona entre varias; inclinación favorable o predilección hacia ella" (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Océano Uno, Grupo Editorial Océano); también como "la primacía que se otorga a una persona por

disposición de la ley, por declaración unilateral de voluntad o por acuerdo de voluntades, para hacer efectivos ciertos derechos o con el fin de su elegibilidad para ser titular de un derecho en relación con otras personas que pudieran tener expectativas sobre ese mismo derecho" (Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa). Al traer el concepto de preferencia a la materia de seguros, se tiene que la aseguradora se encuentra obligada a responder al asegurado del daño causado al bien objeto del contrato, y para el caso de tratarse de varios asegurados debe, en primer lugar, responder al asegurado señalado como preferente, y si éste pese a tener conocimiento del siniestro, no muestra interés en el reclamo, debe responder ante los demás asegurados, en el orden propuesto, si es que así se fijó para ellos; sin que sea dable jurídicamente estimar que la preferencia lleva consigo una exclusividad, que no haga factible que otro asegurado por sí haga efectivo el seguro, aun ante el desinterés de quien aparece como beneficiario preferente, pues la empresa de seguros se encuentra obligada frente a todos los asegurados, no sólo frente al beneficiario preferente."

Lo expuesto es congruente con el artículo 175 y 184 de la Ley sobre el contrato de seguro, que disponen:

"Artículo 175.- El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

Artículo 184.- Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios, deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión."



Los artículos de referencia señalan que el asegurado puede disponer del derecho derivado del contrato de seguro.

Entendiéndose por herederos los descendientes y el cónyuge que sobreviva, y después la demás personas.

De manera que implícitamente ante el fallecimiento del asegurado, puede disponer de los derechos del seguro su albacea, quien es representante de la sucesión.

Albacea y actora ***** que fue designada porque conforme a lo declarado ante el fedatario público número cincuenta y tres de la Ciudad de México, licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez, en la declaración cuarta, el señor ***** ***** no tuvo descendencia, ni procreó hijos fuera de matrimonio, ni adoptó hijos y le sobrevivió a su fallecimiento, su padre, de nombre *****.

Por todo lo expuesto, se reitera la improcedencia de las excepciones.

La excepción marcada como 6, de **inexistencia de la obligación**, consistente en que la aseguradora no tiene obligación con la actora respecto al pago de la cantidad reclamada de \$1,013,402.40 (Un millón trece mil cuatrocientos dos pesos 40/100 monea nacional), ya que no asumió el pago de esa cantidad, en virtud de que su representada únicamente se obligó al pago de la cantidad máxima de \$779,542.08 (Setecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional), atendiendo a la fórmula de veinticuatro meses de sueldo base, **es procedente**.

En efecto, como lo sostiene la demandada de la póliza de seguro de vida, vida grupo número *********, expedida el veinte de octubre de dos mil catorce, en las características de la colectividad aparece que ampara al personal administrativo por veinticuatro meses de sueldo base para cada participante.

Asimismo, en el listado de registro de asegurados seguro de vida grupo, aparecen los siguientes datos:

Asegurado	Ed Sx Pa	Fec. Ini.	Suma Vida
***** *****	44 M T	09/10/2014	779,542.08

Póliza de pleno valor probatorio conforme al artículo 1296 del Código de Comercio, y de la que se desprende que en efecto la suma máxima de vida que ampara la póliza para el de cujus asegurado, lo es la cantidad de \$779,542.08 (Setecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional), siempre que los veinticuatro meses de sueldo base del asegurado alcancen esa suma.

Por tanto, de actualizarse el pago del seguro, éste no podrá ser superior a \$779,542.08 (Setecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional), como se pactó en la póliza base de la acción.

La excepción marcada como 7, **de plus petitio o petición en exceso**, en virtud de que la parte contraria exige el pago de la cantidad de \$1,013,402.40 (Un

millón trece mil cuatrocientos dos pesos 40/100 monea nacional) por concepto de pago de seguro de vida, cuando su representada se obligó al pago máximo de \$779,542.08 (Setecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional), por lo que sólo está obligada a pagar ese límite cuando así se cuantifique con base en el sueldo base del asegurado.

Además de que no probó que a la fecha del deceso del de cujus, tenía la calidad de trabajador, que pertenecía a la colectividad asegurada, cuál fue el último sueldo base declarado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que la actora fue designada como beneficiaria, que le fue otorgada carta responsiva de la contratante, que no tiene ningún descendiente con mejor derecho para la indemnización, que la suma asegurada corresponde a la cantidad que reclama; **la excepción es parcialmente procedente.**

Respecto a los argumentos vertidos referentes a que se reclama una cantidad superior a la pactada



como suma de vida amparada, es operante por lo expuesto en el análisis de la excepción anterior.

Tocante a la falta de prueba de:

- ⇒ Que a la fecha del deceso del de cujus, tenía la calidad de trabajador.
- ⇒ Que pertenecía a la colectividad asegurada.
- ⇒ El último sueldo base declarado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⇒ Que fue designada como beneficiaria.
- ⇒ Que le fue otorgada carta responsiva de la contratante.
- ⇒ Que no tiene ningún descendiente con mejor derecho para la indemnización.
- ⇒ Que la suma asegurada corresponde a la cantidad que reclama.

Tocante a los elementos de la designación de beneficiarios y carta responsiva quedo superado, como se explicó al analizar la excepción de falta de legitimación de la actora.

En cuanto a que la suma reclamada es superior a la pactada en la póliza base de la acción como suma de vida, fue declarado procedente en la excepción seis de inexistencia de la obligación.

Los demás elementos fueron acreditados por la actora con:

1. La confesional a cargo de la tercera llamada a juicio al tenor de las posiciones siguientes:

1. Que su representada celebró con la persona moral ***** contrato de seguro bajo el amparo de la póliza número ***** , con número de certificado 1*****

2. Que el seguro que contrató formó o forma parte de las prestaciones laborales que da a sus trabajadores.

3. Que el señor ***** , fue trabajador de su representada.

4. Que su representada bajo el amparo de la póliza número VG-***** , con número de certificado ***** , aseguró la vida del señor *****

5. Que su representada ostenta el carácter de contratante bajo el amparo de la póliza número ***** , con número de certificado *****

6. Que el señor ***** ostentó el carácter de asegurado bajo el amparo de la póliza número ***** , con número de certificado 1-24 .

7. Que como parte de las prestaciones laborales que sostuvo con el señor ***** , fue hacerlo parte del seguro de vida bajo el amparo de la póliza número ***** con número de certificado ***** adquiriendo el carácter de asegurado.

8.-Que su representada tuvo conocimiento de que el señor ***** falleció el día 27 de diciembre de 2014.

9.-Que al momento del fallecimiento del señor ***** el mismo era trabajador activo de su representada.

10.-Que al momento del fallecimiento del señor ***** era trabajador de su representada.

11. Que el sueldo base que percibía el señor ***** al momento de su fallecimiento era por la cantidad de \$42,225.20 (CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 20/100 M.N.) mensuales.



12. Que con motivo del fallecimiento del señor *****
***** su representada celebró con la señor
***** , ante la Junta Especial número
Seis de la Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal,
“Convenio de Finiquito y Recibo de Pago” que se agregó y exhibió
en la demanda inicial como anexo 3.
13. Que en el “Convenio de Finiquito Recibo de Pago” se señaló
que el señor ***** percibía
como sueldo base la cantidad de \$42,225.20 (CUARENTA Y DOS
MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 20/100 M.N.) mensuales.
14. Que al momento de celebrar el “Convenio de Finiquito y Recibo
de Pago” su representada reconoció que el señor *****
***** era trabajador de la misma.
15. Que al momento de celebrar el “Convenio de Finiquito y Recibo
de Pago” su representada reconoció que el señor *****
***** era trabajador en activo.
17. Por lo anterior, su representada se ha abstenido de emitir
documento o carta responsiva a la señora *****
***** para solicitar el pago del seguro de vida.
18. Que su representada se ha abstenido de coadyuvar a la señora
***** en su calidad de albacea y única
y universal heredera, para reclamar de ***** el
pago de indemnización del seguro de vida.
2. Escritura pública número cincuenta y cuatro mil
cuatrocientos cinco, de fecha dieciséis de marzo
de dos mil diecisiete, pasada ante la fe del
notario público número cincuenta y tres de la
Ciudad de México, licenciado Rogelio Rodrigo
Orozco Pérez.
3. Informe solicitado a la tercera llamada a juicio
**** * ***** ** *****
***** ** ***** ***** respecto del
monto del sueldo del de cujus asegurado, que
ante su falta en acuerdo de dos de mayo de dos
mil dieciocho, se tomó en consideración lo
manifestado en su escrito de apersonamiento, en
el que adujo que el último sueldo del de cujus se

acreditó con el original de la comparecencia de veintiséis de enero de dos mil quince ante la Junta Especial número seis de la local de conciliación y arbitraje de la Ciudad de México, en el que constaba su ratificación y aducía que el último salario fue de \$42,225.20 (Cuarenta y dos mil doscientos veinticinco pesos 20/100 moneda nacional).

4. Duplicado de convenio de liquidación laboral celebrado el veintiséis de enero de dos mil quince.
5. Comparecencia ante la Junta Especial número seis de la Local de Conciliación y Arbitraje de la Ciudad de México el veintiséis de enero de dos mil quince.
6. Póliza de seguro de vida número *****
*****.

Medios de convicción que adminiculados tienen pleno valor probatorio conforme a lo establecido en el artículo 1296 del Código de Comercio, y con los que se acredita plenamente que a la fecha del fallecimiento del de cujus, éste era trabajador de la contratante del seguro; pertenecía a la colectividad asegurada como



consta en la póliza basal; el último sueldo base del de cujus; y que el de cujus no tuvo ningún descendiente que tuviere mejor derecho para la indemnización como se desprende de la escritura pública número cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cinco, de fecha dieciséis de marzo de dos mil diecisiete, pasada ante la fe del notario público número cincuenta y tres de la Ciudad de México, licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez, declaración cuarta.

Sin que pase inadvertido que respecto al sueldo base del de cujus, la demandada esté en desacuerdo en el establecido en el convenio de liquidación laboral de veintiséis de enero de dos mil quince, empero conforme al artículo 1194 del Código de Comercio le correspondía probar ese hecho, lo que no hizo.

Es aplicable por analogía de razón, la tesis aislada, sustentada por el Segundo Tribunal Colegiado en Materia del Trabajo del Tercer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIII, febrero de 2006, página 1913, registro número 175766, Novena Época, que es del tenor siguiente:

“SEGURO DE VIDA CONTRATADO POR EL PATRÓN A FAVOR DE SUS TRABAJADORES COMO PRESTACIÓN EXTRALEGAL. SI LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO SE TASARON EN VECES DEL SUELDO, EN CASO DE EXISTIR CONTROVERSIA AL RESPECTO, LA CARGA DE LA PRUEBA CORRESPONDE A LA ASEGURADORA. Si un patrón contrata con una empresa aseguradora un seguro de vida a favor de sus empleados como una prestación extralegal, y las obligaciones contenidas en las condiciones del contrato de seguro se encuentran tasadas en veces el sueldo de dichos trabajadores, en caso de controversia jurisdiccional respecto de ello, la carga de la prueba corresponde a la aseguradora por ser de su conocimiento tanto que su obligación para con los trabajadores asegurados tenía como base el sueldo de éstos, como por el alcance de su obligación contractual derivada de las condiciones de la póliza respectiva; esto es, la aseguradora no puede desconocer el monto de los sueldos de los trabajadores asegurados porque de ellos deriva directamente el alcance de su obligación contractual, y si omitió recabar esa información, ello no puede ir en perjuicio del asegurado, puesto que de la dimensión de su obligación se hace correlativo su derecho a percibir la prima correspondiente, o sea, el monto de las primas pagadas a la aseguradora por la empresa-patrón como prestación laboral a sus trabajadores tiene relación directa con el monto de las obligaciones contraídas por dicha aseguradora en favor de los empleados-beneficiarios, pues sería ilógico que la empresa de seguros aceptara una obligación tasada en veces el sueldo de los operarios sin conocerlos certeramente.”

La excepción marcada como 8, **de sine actione agis o falta de acción y derecho**, es improcedente, al consistir en la negación del derecho y los hechos de la demanda, por lo que se arroja la carga de la prueba a la parte actora y a su vez se impone al suscrito juzgador el deber de analizar la procedencia y elementos constitutivos de la acción intentada en el presente juicio.



Por lo que dicha aseveración no es propiamente una excepción, dado que con ella no se pretende retardar el curso de la acción ni destruirla, los cuales son objetivos de las excepciones, pues sólo constituye la simple negación del derecho de la actora, cuyo efecto jurídico es el de obligar al juez a examinar todos los elementos de la acción. Por ende, tales extremos serán estudiados al momento del análisis de la acción relativa.

Funda el criterio anterior, la jurisprudencia, que sustenta el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, página 449, tomo IV, parte TCC, Octava Época, Apéndice de 1995, la cual estatuye:

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

La excepción marcada como 9, **de inexistencia de la obligación**, consistente en la falta de acción respecto al pago de intereses moratorios ya que su

representada no está obligada al pago de la obligación principal, y al ser accesoria sigue la suerte de aquella, además de que está impedida de pagar a la actora lo reclamado por carecer de legitimación, es **improcedente**.

Referente a la falta de legitimación de la actora para el cobro del contrato de seguro, fue declarado improcedente al analizar la excepción marcada como 1 de falta de legitimación activa.

Por ende, la actora no carece de acción y derecho para reclamar el pago de intereses moratorios generados por el incumplimiento en el pago de la póliza de seguro, siempre y cuando así justifique la procedencia de su acción.

La excepción marcada como 10, **de sine actione agis o falta de acción y derecho**, por la improcedencia en el pago de gastos y costas reclamados, dada su estrecha relación con la prestación reclamada serán analizados de forma conjunta.



La excepción marcada como 11, **de preclusión o imposibilidad de la demandante para que la actora aporte al juicio otro elemento como prueba para la tramitación del presente contradictorio, ya fuere para variar o suplir deficiencias en la integración de su demanda, es improcedente.**

En virtud de que la actora no exhibió diversa documental a las exhibidas junto con su escrito inicial de demanda.

La excepción marcada como 12, **de oscuridad de la demanda**, ya que la demanda fue imprecisa irregular e inexacta, pretendiendo se le indemnice por un evento que es improcedente, debiendo absolver a su representada de las prestaciones reclamadas, **es improcedente.**

En razón de que para la procedencia de la citada excepción se hace necesario que la demanda se redacte de tal forma que imposibilite atender ante quién se demanda, por qué se demanda y sus fundamentos legales, por ende, para que proceda dicha excepción es indispensable que se ocasione a la

parte demandada un estado de indefensión que no le permita oponer las defensas que al respecto pudiera tener, lo que en el caso no ocurrió, porque la enjuiciada dio contestación a la demanda, y de la simple lectura de su ocurso se desprende que no sólo contestó los hechos narrados por la actora, sino que opuso las excepciones y defensas que estimó pertinentes.

Apoya la anterior consideración, la Jurisprudencia número V.1o. J/29, visible en la página 62, del Tomo 81, Septiembre de 1994, en la Octava Época de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, que a la letra dice:

“OBSCURIDAD, EXCEPCIÓN DE. PROCEDENCIA.-

Para la procedencia de la excepción de obscuridad y defecto en la forma de plantear la demanda, se hace necesario que ésta se redacte de tal forma, que se imposibilite entender ante quien se demanda, porqué se demanda y sus fundamentos legales, por lo que no transgrede garantías individuales, la responsable que declara improcedente la excepción de obscuridad y defecto de la demanda, con el argumento de que del escrito relativo se desprenden datos y elementos suficientes para que la demandada pudiese controvertir la demanda, tanto más cuando de las constancias que integran el acto reclamado, se advierte que la demandada ofreció prueba pericial tendiente a acreditar que el trabajador no padece lesiones que produzcan disminución o alteración de sus facultades orgánicas y solicitó a la Junta designara un perito tercero en discordia, por lo que resulta claro que entendió el contenido y alcance de la demanda entablada en su contra y rindió los medios de prueba para impugnarla.”.



De igual forma, es aplicable el criterio sustentado en la tesis publicada en la Octava Época del Semanario Judicial de la Federación, en el Tomo III, Segunda Parte-1, Enero a Junio de 1989, de la página 263, cuyo rubro y texto son los siguientes:

“DEMANDA, EXCEPCIÓN DE OBSCURIDAD DE LA. CUANDO ES IMPROCEDENTE.- Si del texto del escrito de contestación a la demanda se aprecia que la demandada advirtió con claridad la acción que fue intentada, puesto que indicó en qué consistió negando le asistiera derecho a la parte actora para reclamarle las prestaciones que le demandó y precisó los datos o requisitos concretos y los fundamentos contractuales de los que consideró adolecía el escrito de reclamación y que a su juicio debía contener éste; ante tal apreciación de la reclamación, la Junta debió tener por improcedente la excepción de obscuridad opuesta a la demanda y estudiar las pruebas ofrecidas en autos para determinar la procedencia de la acción hecha valer o de las demás excepciones que fueran opuestas.”

Por otro lado, la tercera llamada a juicio

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

** ***** ***** , opuso como excepciones:

- I. Falta de legitimación pasiva.**
- II. Ad causam por falta de legitimación procesal.**
- III. Sine actione agis o carencia de derecho de la actora.**
- IV. Falta de acción y derecho.**

Las excepciones marcadas como I y II, de falta de legitimación pasiva y ad causam por falta de legitimación procesal, con base en que no es parte de la litis, ya que las pretensiones reclamadas no se

atribuyen a su representada como lo reconoció la actora en su escrito inicial; además de que su representada en ningún momento debió ser llamada a juicio como tercera, porque no existe evidencia de que se hubiere solicitado coadyuvara en la tramitación del cobro del seguro, ni tiene obligación frente a la actora, **son improcedentes.**

De inicio, la legitimación pasiva en la causa consiste en la identidad del demandado respecto a la persona obligada al cumplimiento de alguna obligación, por lo que estará legitimado cuando sea la persona idónea en contra de quien se ejerce la acción, constituyendo un requisito necesario para que se pronuncie sentencia definitiva.

Sirve de apoyo la tesis aislada sustentada por el Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo X, Noviembre de 1999, página 983, Novena Época, registro número 192912, que es del tenor siguiente:

“LEGITIMACIÓN PASIVA. ES UNA CONDICIÓN NECESARIA PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN, NO UN PRESUPUESTO PARA EL EJERCICIO DE ÉSTA Y SU ESTUDIO ES DE OFICIO EN CUALQUIER ETAPA DEL PROCEDIMIENTO. No son lo mismo los



presupuestos para el ejercicio de la acción, que las condiciones para la procedencia de ésta. Los primeros son los requisitos para ejercer la acción y necesarios para la admisión de la demanda y la validez del procedimiento, mientras que las segundas constituyen las condiciones necesarias para el acogimiento de la acción en la sentencia definitiva. Una de esas condiciones es la legitimación en la causa o relación jurídica sustancial (activa o pasiva) que se refiere a la calidad de las partes en el juicio e implica que la acción debe ser intentada por el titular del derecho y contra la persona obligada por la ley para satisfacerlo; esa relación jurídica sustancial, como una de las condiciones para acoger la acción, en principio corresponde al actor acreditarla demostrando su calidad de titular del derecho y la calidad de obligado del demandado; sin embargo, debe analizarla el juzgador aun de oficio e incluso el tribunal de alzada aunque no haya sido tema de la apelación. Por tanto, al determinar la Sala responsable que la demandada en la reconvención carecía de legitimación pasiva para responder por la acción de prescripción positiva, no analizó un presupuesto procesal para el ejercicio de la acción ni un elemento de ésta sino una condición necesaria para su satisfacción en la sentencia y la podía analizar aunque no haya sido tema de apelación, pues no podía pronunciar un fallo declarando procedente la acción que ejerció el demandado en vía de reconvención, si no se llamó a juicio a una parte interesada y la persona a quien se reconvino no es la persona que vincula la ley con relación a la prescripción positiva.”

Sin embargo, no debe pasar inadvertido que quien comparece lo hace en su carácter de tercero extraño, es decir, no figura en el procedimiento como parte, pero puede sufrir una afectación indirecta como contratante.

Es aplicable la tesis aislada sustentada por el Tercer Tribunal Colegiado en Materias Civil y del Trabajo del Quinto Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación, Libro 53, Abril de 2018,

Tomo III, página 2397, registro número 2016585,

Décima Época, que es del tenor siguiente:

“TERCERO EXTRAÑO A JUICIO. NO TIENE TAL CARÁCTER QUIEN TILDA DE FALSA SU REPRESENTACIÓN EN EL JUICIO DE ORIGEN COMO PARTE ACTORA. El artículo 107, fracción VI, de la Ley de Amparo establece la procedencia del juicio de amparo indirecto contra actos dentro o fuera de juicio que afecten a personas extrañas. En estricto sentido, un extraño a juicio es aquella persona física o moral que no figura en el procedimiento como parte, pero que sufre un perjuicio dentro de él o en ejecución de la resolución que ahí se dicte, sin haber tenido la oportunidad de ser oída en su defensa por desconocer las actuaciones relativas. Asimismo, existe otra figura que jurisprudencialmente ha sido equiparada a la persona extraña, y es quien formando parte de la controversia (demandado) no se apersonó al juicio y tampoco conoció de su existencia porque no fue emplazado o fue citado en forma distinta a la prevista por la ley. Ahora bien, esta equiparación entre quien no fue parte en el juicio y quien siéndolo no fue emplazado o lo fue incorrectamente, no puede hacerse extensiva al actor. El juicio de amparo indirecto promovido con el carácter de tercero extraño, solamente tiene como objeto respetar el derecho de posesión sobre bienes indebidamente gravados dentro de un juicio (tercero extraño en estricto sentido), o bien, que se restaure el derecho fundamental de audiencia del demandado que no fue llamado a juicio o fue indebidamente emplazado (tercero extraño por equiparación). En ese sentido, la porción normativa citada no puede servir de fundamento para legitimar a quien tilde de falsa su representación en el juicio de origen como parte actora, pues en estos casos la pretensión de la quejosa implicaría invalidar un juicio que se presume ella promovió, lo cual se aparta de los supuestos en los que conforme a la doctrina jurisprudencial puede configurarse el tercero extraño a juicio.”

Lo que acontece en el asunto, debido a que en la póliza base de la acción, se pactó en las condiciones adicionales lo siguiente:

“DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En aquellos casos en los que al momento del fallecimiento del asegurado este no cuente con la designación de beneficiarios correspondiente, se realizara el pago de la suma asegurada a aquella



persona indicada por el contratante, siempre y cuando este último entregue carta responsiva a Seguros Atlas, S.A.”

Es decir, ante falta de designación de beneficiarios, la contratante del seguro debe indicar a la aseguradora la persona indicada, haciendo entrega de una carta responsiva.

Por ende, resulta que el dictado del presente fallo le puede impactar o no, a la tercera llamada a juicio al mencionarse en la póliza basal como participe para el requerimiento de pago.

Por ende, la tercera llamada a juicio cuenta con legitimación ad causam en el presente asunto.

Las excepciones marcadas como 3 y 4, **de sine actione agis o carencia de derecho de la actora; y falta de acción y derecho**, respecto de la solicitud de la actora para que su representada coadyuve para ejercer el derecho que le corresponde, ya que la acción le corresponde a la actora y no a su representada, serán analizadas con la acción principal.

SEXTO.- Análisis de la acción principal intentada por la actora.

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 1327 del Código de Comercio, se procede al análisis de la acción principal, misma que se sustenta en los siguientes hechos:

1. ***** , trabajo para la empresa *****
2. La empresa contrato a su nombre un contrato de seguro de vida, amparado por la póliza número ***** número de certificado ** ***** vigente del nueve de octubre de dos mil catorce al nueve de octubre de dos mil quince, con coberturas por muerte, exención de pago de primas con tres meses de espera, pago anticipado por invalidez con tres meses de espera, indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros en accidente colectivo; por una suma de veinticuatro meses de sueldo base.
3. Con fecha veintisiete de diciembre de dos mil catorce, el asegurado falleció.
4. Por lo que acudió a la aseguradora para realizar el cobro del seguro, que le fue negado.
5. Con motivo de lo anterior, presentó su escrito de reclamación ante la Comisión Nacional para la



Protección y Defensa de los Usuarios de
Servicios Financieros.

6. En audiencia de conciliación se le hizo entrega de la póliza base de la acción.
7. Ante la falta de pago por parte de la aseguradora comparece al presente juicio a reclamar el cumplimiento de pago de la póliza basal.

La aseguradora demandada por su parte sostiene la improcedencia de lo reclamado, porque no se acredita documentalmente el sueldo base del trabajador asegurado conforme a las declaraciones y cuotas del Instituto Mexicano del Seguro Social, afiliación del trabajador y comprobantes de pago de sueldo, por lo que al no acreditarse fehacientemente, la cantidad que por suma asegurada se pactó considera que puede ser menor a la reclamada.

Los documentos anteriores concuerdan con el anexo al contrato “Documentos para tramitar un siniestro del seguro de vida individual o grupo”, punto

19.

No se le deben imponer obligaciones no asumidas como el pago de intereses moratorios.

El convenio finiquito carece de valor probatorio para acreditar los extremos de la acción.

El hecho de que se haya iniciado procedimiento ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, no significa que con ello quede convalidado el aviso del siniestro.

Las demás manifestaciones se hicieron valer al oponer las excepciones, mismas que para evitar transcripciones innecesarias se tienen por hechas.

Los artículos 78 del Código de Comercio y 1 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que al efecto señalan:

“Artículo 78.- En las convenciones mercantiles cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse, sin que la validez del acto comercial dependa de la observancia de formalidades o requisitos determinados.

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.”



Numerales transcritos de los que se establece que en los contratos cada uno se obliga en la manera y términos que quiso obligarse, y en tratándose del contrato de seguro es el acuerdo de voluntades a través del cual una empresa aseguradora se obliga mediante el pago de una prima a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad pactada.

Así, respecto de la Póliza de Seguro básica, como primer elemento de la acción, su existencia, quedó debidamente acreditada con el duplicado de la póliza de seguro de vida, vida grupo número *****
*****, de fecha veinte de octubre de dos mil catorce, contratado por **** * * * * *. para la colectividad: personal administrativo con giro en la construcción, a razón de veinticuatro meses de sueldo base para cada participante, que ampara entre otras la cobertura de muerte, con vigencia del nueve de octubre de dos mil catorce al nueve de octubre de dos mil quince.

Adminiculado con el escrito de consentimiento-
certificado individual para ser asegurado y registro de

asegurados, en el que aparece como asegurado

Documentales que en conjunto se les otorga pleno valor probatorio conforme al artículo 1296 del Código de Comercio, con lo que se cumple lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que refiere:

“Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del Artículo 21.”

El segundo elemento de la acción, la realización del siniestro amparado (muerte), quedó acreditado plenamente conforme al artículo 1294 del Código de Comercio, con la copia certificada del acta de defunción del asegurado *****

***** , de fecha de registro veintiocho de diciembre de dos mil catorce, en la que se asentó:

Fecha de la Defunción 27 DE DICIEMBRE DE 2014



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Causa(s) de la Muerte INSUFICIENCIA
CARDIACA, CARDIOMIOPATÍA DILATADA,
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, DIABETES MELLITUS
TIPO 2.

Médico que Certifica: *****

Ello, porque al veintisiete de diciembre de dos mil catorce -fecha de fallecimiento del asegurado-, la póliza base de la acción se encontraba vigente (del nueve de octubre de dos mil catorce al nueve de octubre de dos mil quince).

La parte actora asegura que al actualizarse la cobertura de la póliza basal, lo procedente era que la aseguradora diera cabal cumplimiento cubriendo el pago de la suma asegurada, sin embargo no lo ha hecho.

El artículo 59 de la Ley sobre el contrato de seguro, señala:

“Artículo 59.- 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.”

Numeral que cita que la aseguradora responderá de los riesgos asegurados, a menos que el contrato excluya determinados acontecimientos.

La demandada no probó la exclusión de acontecimientos para el cumplimiento de la póliza base de la acción, por lo que debe pagar la indemnización correspondiente.

Al respecto resulta aplicable la tesis aislada de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, Junio de 2011, página 176, registro número 161757, Novena Época, que es del tenor siguiente:

“SEGURO. CONTRATO DE. LOS RIESGOS QUE NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS SE CONSIDERAN CUBIERTOS Y LA EMPRESA ASEGURADORA DEBE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE. Conforme a los artículos 1o., 19, 20 y 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y 36, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la empresa aseguradora debe responder por los riesgos mencionados en el contrato de seguro, lo que



debe constar en la póliza que sirve de prueba del contrato y de los riesgos amparados. Las condiciones de la póliza, el alcance, términos, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios, se deben indicar de manera clara y precisa, es decir, deben quedar redactadas en términos que no dejen lugar a duda de los riesgos que se cubren y los que se excluyen. Respecto de esto último, la ley es clara al señalar que la empresa aseguradora debe responder por todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo que se hayan asegurado, a menos que expresamente se excluya de una manera precisa determinado riesgo o acontecimiento. Esto es, si un riesgo no se encuentra expresamente excluido de la cobertura establecida en la póliza de manera clara y precisa, la empresa aseguradora tiene la obligación de responder por él al verificarse el siniestro, en los términos pactados en el contrato.”

Sin que obste a lo anterior, que la demandada refiera que con el procedimiento llevado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, no se convalido el aviso del siniestro.

Pues contrario a ello, ese sólo hecho es suficiente para que la aseguradora inicie el trámite de pago de la póliza del contrato de seguro, ya que al ser emplazada al procedimiento conoce los pormenores de la reclamación, tales como la persona que lo realiza, la

póliza, los hechos objeto y que son eficaces para el reclamo.

Sirve de apoyo, la tesis aislada sustentada por el Tercer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Quinta Región, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro X, Julio de 2012, Tomo 3, página 1822, registro número 2001084, Décima Época, que es del tenor siguiente:

“CONTRATO DE SEGURO. LA RECLAMACIÓN HECHA POR CONDUCTO DE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) ES SUFICIENTE PARA INSTAR A LA EMPRESA ASEGURADORA PARA QUE INICIE EL TRÁMITE DE PAGO DE LA PÓLIZA RESPECTIVA. De la interpretación gramatical de los artículos 66, 68 y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se advierte que señalan, que de no presentarse la reclamación directamente ante la empresa aseguradora, en caso de la actualización de algún siniestro, ello tenga como consecuencia algún tipo de sanción; por tanto, la reclamación hecha valer por conducto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), es suficiente para instar a la empresa aseguradora que inicie el trámite relativo para hacer efectiva la póliza del contrato de seguro, si se considera que dicha reclamación da certeza jurídica, al ser presentada ante una autoridad competente; pues la aseguradora al ser emplazada o notificada, conoce en ese instante, con precisión, el tipo de reclamación, la persona, la póliza, la unidad asegurada, así como los hechos objeto del percance, situación que lejos de generar duda, le dan elementos aptos y eficaces para que, en su caso, proceda al pago de la póliza objeto de la reclamación.”

Así como la tesis aislada, sustentada por el Tercer Tribunal Colegiado de Circuito del Centro Auxiliar de la Quinta Región, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro X, Julio de 2012, Tomo



2, página 1822, registro número 2001085, Décima
Época, que dice:

“CONTRATO DE SEGURO. PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO RELATIVA NO ES REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD AGOTAR LA SOLICITUD QUE ESTABLECEN LOS ARTÍCULOS 66, 68 Y 71 DE LA LEY DE LA MATERIA. De una interpretación hermenéutica de los artículos 66, 68 y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se pone de relieve que no es requisito de procedibilidad agotar la solicitud que establecen dichas normas, para que el Juez civil pueda entrar al estudio del fondo de la acción de cumplimiento de contrato, cuenta habida que, de no agotarse en términos del primero de los preceptos citados, sólo podría generar un impacto en el monto reclamado, como lo ordena el mencionado numeral 68; empero, no declarar la improcedencia de la vía.”

En esas condiciones y al haberse actualizado el riesgo amparado en la póliza de seguro base de la acción, **se condena a la parte demandada *******
******* ***** ***** al cumplimiento de la**
póliza de seguro número *** de fecha**
de expedición veinte de octubre de dos mil catorce, y
por ende, al pago de \$779,542.08 (Setecientos
setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos
pesos 08/100 moneda nacional) por concepto de
suma asegurada, lo que deberá hacer dentro del término de **cinco días** contados a partir de que cause ejecutoria la presente sentencia, apercibida que de no hacerlo se procederá a su ejecución conforme a lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Cantidad a que se condena, dado que en la carátula de la póliza de seguro de vida base de la acción, se estableció que la cobertura sería a razón de veinticuatro meses de sueldo base para cada contratante, sin que dicho límite pudiera rebasar la cantidad de \$779,542.08 (Setecientos setenta y nueve mil quinientos cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional), conforme al registro de asegurados que forma parte de la póliza.

La actora acreditó que el último sueldo a la fecha del fallecimiento del asegurado, fue la cantidad de \$42,225.20 (Cuarenta y dos mil doscientos veinticinco pesos 20/100 moneda nacional), conforme a lo plasmado en el convenio de liquidación laboral celebrado entre la actora *****

y la empresa **** ***** ** *****

***** **, que dice:

“ANTECEDENTES.

2.-El finado trabajador C.

prestó sus servicios para “EL PATRON” desde el día 28 de febrero de 2011, siendo su último salario diario la cantidad de \$42,225.20 (CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 20/100 MONEDA NACIONAL).

CLÁUSULAS:

TERCERA.-“LAS PARTES” manifiestan que en relación a la cantidad otorgada con respecto a la muerte del trabajador fuera de su horario de trabajo se dan con motivo de la antigüedad del trabajador así como por los servicios prestados por el mismo desde el día 28 de febrero de 2011 hasta la fecha de su fallecimiento”.



Convenio de liquidación laboral que adminiculó con la confesión de la tercera llamada a juicio, a las posiciones que previamente se calificaron de legales del tenor siguiente:

1. Que su representada celebró con la persona moral ***** contrato de seguro bajo el amparo de la póliza número *****, con número de certificado *****
2. Que el seguro que contrató formó o forma parte de las prestaciones laborales que da a sus trabajadores.
3. Que el señor ***** , fue trabajador de su representada.
4. Que su representada bajo el amparo de la póliza número ***** con número de certificado ** ***** aseguró la vida del señor ***** ***** *****
5. Que su representada ostenta el carácter de contratante bajo el amparo de la póliza número *** ***** , con número de certificado *****
6. Que el señor ***** ***** ostentó el carácter de asegurado bajo el amparo de la póliza número ***** con número de certificado *****
7. Que como parte de las prestaciones laborales que sostuvo con el señor ***** ***** ***** fue hacerlo parte del seguro de vida bajo el amparo de la póliza número ***** , con número de certificado ***** adquiriendo el carácter de asegurado.
8. Que su representada tuvo conocimiento de que el señor ***** ***** falleció el día 27 de diciembre de 2014.
9. Que al momento del fallecimiento del señor ***** ***** el mismo era trabajador activo de su representada.
10. Que al momento del fallecimiento del señor ***** ***** era trabajador de su representada.
11. Que el sueldo base que percibía el señor ***** ***** al momento de su fallecimiento era por la cantidad de

\$42,225.20 (CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 20/100 M.N.) mensuales.

12. Que con motivo del fallecimiento del señor *** , su representada celebró con la señor ***** , ante la Junta Especia número Seis de la Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal, “Convenio de Finiquito y Recibo de Pago” que se agregó y exhibió en la demanda inicial como anexo 3.**

13. Que en el “Convenio de Finiquito Recibo de Pago” se señaló que el señor *** percibía como sueldo base la cantidad de \$42,225.20 (CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 20/100 M.N.) mensuales.**

14. Que al momento de celebrar el “Convenio de Finiquito y Recibo de Pago” su representada reconoció que el señor *** era trabajador de la misma.**

15. Que al momento de celebrar el “Convenio de Finiquito y Recibo de Pago” su representada reconoció que el señor *** era trabajador en activo.**

17. Por lo anterior, su representada se ha abstenido de emitir documento o carta responsiva a la señora *** para solicitar el pago del seguro de vida.**

18. Que su representada se ha abstenido de coadyuvar a la señora *** en su calidad de albacea y única y universal heredera, para reclamar de ***** el pago de indemnización del seguro de vida.**

19. Que su representada, en su calidad de contratante del seguro de vida bajo el número de póliza número *** , con número de certificado ***** carece de facultades para designar beneficiarios.**

20. Que al momento de recibir la demanda inicial del presente juicio, a su representada le fue entregada copia de la escritura pública número 54,405, emitida por el licenciado Rogelio Rodrigo Orozco Pérez, Notario Público 53 de la Ciudad de México, donde la señora *** es reconocida como albacea y única y universal heredera del señor *******



**21. Que su representada sabe que a la fecha la señora
***** ***** ***** ***** es la única
persona con derecho hereditario a reclamar el pago de
indemnización a falta de designación de beneficiarios
tal cual se describe en la escritura pública número
54,405, emitida por el licenciado Rogelio Rodrigo
Orozco Pérez, Notario Público 53 de la Ciudad de
México.**

Convenio, confesión y determinación hecha en
proveído de dos de mayo de dos mil dieciocho, a los
que se les otorga pleno valor probatorio conforme al
artículo 1296 y 1287 del Código de Comercio.

De forma que al no haberse desvirtuado por la
demandada tal circunstancia, se tiene como sueldo
base del asegurado la cantidad de \$42,225.20
(Cuarenta y dos mil doscientos veinticinco pesos
20/100 moneda nacional).

Es aplicable por analogía de razón, la tesis aislada,
sustentada por el Segundo Tribunal Colegiado en
Materia del Trabajo del Tercer Circuito, visible en el
Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta,
Tomo XXIII, febrero de 2006, página 1913, registro
número 175766, Novena Época, que es del tenor
siguiente:

**“SEGURO DE VIDA CONTRATADO POR EL PATRÓN
A FAVOR DE SUS TRABAJADORES COMO
PRESTACIÓN EXTRALEGAL. SI LAS OBLIGACIONES
CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO SE**

TASARON EN VECES DEL SUELDO, EN CASO DE EXISTIR CONTROVERSIA AL RESPECTO, LA CARGA DE LA PRUEBA CORRESPONDE A LA ASEGURADORA. Si un patrón contrata con una empresa aseguradora un seguro de vida a favor de sus empleados como una prestación extralegal, y las obligaciones contenidas en las condiciones del contrato de seguro se encuentran tasadas en veces el sueldo de dichos trabajadores, en caso de controversia jurisdiccional respecto de ello, la carga de la prueba corresponde a la aseguradora por ser de su conocimiento tanto que su obligación para con los trabajadores asegurados tenía como base el sueldo de éstos, como por el alcance de su obligación contractual derivada de las condiciones de la póliza respectiva; esto es, la aseguradora no puede desconocer el monto de los sueldos de los trabajadores asegurados porque de ellos deriva directamente el alcance de su obligación contractual, y si omitió recabar esa información, ello no puede ir en perjuicio del asegurado, puesto que de la dimensión de su obligación se hace correlativo su derecho a percibir la prima correspondiente, o sea, el monto de las primas pagadas a la aseguradora por la empresa-patrón como prestación laboral a sus trabajadores tiene relación directa con el monto de las obligaciones contraídas por dicha aseguradora en favor de los empleados-beneficiarios, pues sería ilógico que la empresa de seguros aceptara una obligación tasada en veces el sueldo de los operarios sin conocerlos certeramente.”

Ahora, para determinar el monto amparado en la póliza de seguro, será el resultado de multiplicar el sueldo base \$42,225.20 (Cuarenta y dos mil doscientos veinticinco pesos 20/100 moneda nacional) por veinticuatro que son las mensualidades pactadas, dando una cantidad de \$1,013,404.80 (Un millón trece mil cuatrocientos cuatro pesos 80/100 moneda nacional), monto que supera la suma asegurada, por lo que se condena al monto máximo de la suma asegurada.



Sin que resulte aplicable para la determinación de sueldo base la constancia exhibida por la aseguradora “Documentos para tramitar un siniestro del seguro de vida individual o grupo”, punto 19, que reza:

“19.-Cuando las suma asegurada se determine por meses de sueldo, incluir el último recibo de nómina y en su caso el último aviso de modificación al salario ante el IMSS”.

Dado que aún y cuando señale que la suma asegurada se determinara por meses de sueldo, debiéndose incluir el último recibo de nómina y el último aviso de modificación al salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la carátula de la póliza no aparece descrito tal documento como de los que forman parte del contrato de seguro, y que se especifican como:

“FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO: LA SOLICITUD DE SEGURO, LA PÓLIZA, LA CARÁTULA DE PÓLIZA, LOS ENDOSOS ANEXOS, LOS CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES, LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, EL CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL, CONDICIONES GENERALES, EL REGISTRO DE ASEGURADOS Y LOS RECIBOS DE PAGO, LOS CUALES CONSTITUYEN PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL CONTRATANTE Y SEGUROS ATLAS.”

Ni tampoco la demandada, ofreció medio de convicción que desvirtuara el sueldo del asegurado.

Máxime que en el finiquito exhibido como base de la acción, el patrón **** **** ***** **

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

reconoció como sueldo del asegurado la cantidad de \$42,225.20 (Cuarenta y dos mil doscientos veinticinco pesos 20/100 moneda nacional).

Indemnización por mora.

El artículo 276 fracción I, de la Ley de Instituciones, de Seguros y de Fianzas, al efecto señala:

“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:

- 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.**
- ...”**

De la transcripción que antecede se desprende, que si una institución de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, en la que las obligaciones en moneda nacional, como es el caso, resulta de convertir las obligaciones en moneda nacional a Unidades de Inversión, al valor de



éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

En consecuencia, **se condena a la demandada**

***** , al pago de

indemnización por mora al haber incumplido en el pago de la suma asegurada que mediante este juicio se le reclamo, al veintiséis de diciembre de dos mil diecisiete, (vencimiento del plazo de treinta días que tenía para dar respuesta a la reclamación realizada por la actora en acuerdo de seis de noviembre de dos mil diecisiete y de quince días para que la aseguradora solicitara información, notificado el diez de noviembre de ese mismo año -conforme actuaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros-), y su pago se hará en moneda nacional al valor que tengan las unidades de inversión que resulten, a la fecha en que se efectué el pago, lo que deberá cuantificarse en ejecución de sentencia previo incidente de liquidación.

Haciéndose la precisión de que aun y cuando no se haya solicitado como prestación independiente, el

actor si lo refirió en su prestación marcada con el inciso a, y en la parte final de la foja catorce, por lo que se realiza la condena respectiva.

Sirve de apoyo a lo anterior, la tesis aislada sustentada por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXV, Mayo de 2007, página 2045, registro número 172570, Novena Época, que reza:

“CONTRATO DE SEGURO. AUN CUANDO EN LA DEMANDA NO SE HAYA RECLAMADO COMO PRESTACIÓN LA ACTUALIZACIÓN DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL Y EL JUZGADOR CONDENE AL PAGO EN UNIDADES DE INVERSIÓN, ESTABLECIENDO ADEMÁS UN INTERÉS POR INCUMPLIMIENTO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, ELLO NO VULNERA EL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. Atento al principio de congruencia consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, las sentencias deben ser dictadas conforme a la litis planteada; sin embargo, tratándose de un juicio en el que se reclame el cumplimiento de una obligación derivada de un contrato de seguro, aun cuando en la demanda no se haya reclamado como prestación la actualización de la obligación principal en términos del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en el que se establece que las empresas aseguradoras que no cumplan con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberán pagar al acreedor una indemnización por mora, estableciendo que las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe aquél, ello no violenta el principio de congruencia, pues debe atenderse a la intención del legislador y ello lo encontramos plasmado en la exposición de motivos de la iniciativa de reformas y adiciones a la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de la que se



advierte que la adición de dicho precepto legal (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997) obedeció a la necesidad de establecer un sistema de actualización del monto reclamado en moneda nacional, en unidades de inversión a partir del momento en que la obligación se hace exigible, estableciendo además un interés por incumplimiento. Además, se estimó que los derechos consagrados en el invocado artículo serán irrenunciables y que el pacto que pretenda extinguirlos no producirá efecto alguno y surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal. De ahí que si quedó acreditado el incumplimiento de la aseguradora el juzgador deberá condenar al pago, pero en unidades de inversión, para así obtener el valor real de la cantidad asegurada. De todo lo anterior, se concluye que si los derechos indemnizatorios que contempla el artículo 135 Bis, son irrenunciables y ante ello prevalece el interés de la sociedad en su observancia y aplicación, y tomando en cuenta la exposición de motivos que la intención de la adición del artículo es la de establecer un sistema de actualización del monto reclamado en moneda nacional, en unidades de inversión a partir del momento en que la obligación se hace exigible, estableciendo además un interés por incumplimiento; con lo que se pretende que los asegurados al momento de reclamar el cumplimiento del contrato de seguro, puedan obtener el monto asegurado pero con base en un valor real, por lo que aun cuando el actor haya reclamado la cantidad en pesos y no en unidades de inversión, ello no quiere decir que no pueda condenarse como lo establece el mencionado artículo 135 Bis, ya que es claro dicho precepto al establecer que las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión.”

Intereses moratorios.

Por otro lado, en cuanto a los intereses moratorios que reclama la actora al ser accesorio de la condena realizada a la demandada aseguradora en el presente juicio, de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; en relación con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **resulta procedente el pago reclamado por el actor consistente en el pago de**

intereses moratorios a que se refiere dicha legislación, por haber incumplido en mora en el pago de la indemnización que mediante este juicio se le reclama, sobre la obligación en unidades de inversión 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 uno de los meses en que exista mora, contados a partir el veintiséis de diciembre de dos mil diecisiete, y hasta el total pago de la obligación principal, lo cual deberá ser cuantificado en ejecución de sentencia previo incidente de liquidación.

Por todo lo expuesto, se declara que la presente sentencia le para perjuicio a la tercera llamada a juicio

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

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

OCTAVO.- No ha lugar a condenar a las partes al pago de los gastos y costas, en virtud de que el presente asunto no se encuentra dentro de los supuestos a que se hace referencia en el artículo 1084, fracción V, del Código de Comercio, y tomando



en cuenta las constancias de autos; de las que se aprecia la conducta procesal de las partes, limitándose al desarrollo de lo estrictamente indispensable para el dictado de la resolución correspondiente, sin que exista temeridad o mala fe.

Lo anterior se apoya en la jurisprudencia número 167, visible en la página 135 del apéndice al Semanario Judicial de la Federación, 1917-2000, materia civil, Tomo IV, que a la letra dice:

"COSTAS. APRECIACIÓN DE LA TEMERIDAD O MALA FE. La facultad concedida al Juzgador por la ley, para condenar la pago de las costas, cuanto a su juicio se haya conducido con temeridad o mala fe, no es absoluta, sino que debe ejercitarse de manera prudente, tomando en cuenta los datos que arrojan las constancias de autos para apreciar la conducta y lealtad procesal, y percatarse de si el litigante ha hecho promociones inconducentes, si ha incurrido en faltas de veracidad o dilatar el procedimiento, contrarios a la buena fe. Todo esto debe razonarse en la sentencia que imponga la condena en costas por temeridad."

Por lo expuesto y con fundamento, además en los artículos 1321, 1322, 1324, 1326, 1327, 1329, 1330 y aplicables del Código de Comercio, se

R E S U E L V E:

PRIMERO.- Ha sido procedente la **vía Ordinaria Mercantil** interpuesta por la parte actora

***** en su carácter de albacea del de cujus ***** en la que la actora probó su acción, y la demandada ***** acredito parcialmente sus excepciones y defensas; en consecuencia,

SEGUNDO. Se condena a la parte demandada

******* al cumplimiento**

de la póliza de seguro número *** de**
fecha de expedición veinte de octubre de dos mil
catorce, y por ende, **al pago de \$779,542.08**
(Setecientos setenta y nueve mil quinientos
cuarenta y dos pesos 08/100 moneda nacional) por
concepto de suma asegurada, lo que deberá hacer
dentro del término de **cinco días** contados a partir de
que cause ejecutoria la presente sentencia, apercibida
que de no hacerlo se procederá a su ejecución
conforme a lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de
Instituciones de Seguros y Fianzas.

TERCERO. Se condena a la demandada

******* , al pago de**

indemnización por mora al haber incumplido en el
pago de la suma asegurada que mediante este juicio
se le reclamo, al veintiséis de diciembre de dos mil
diecisiete, (vencimiento del plazo de treinta días que
tenía para dar respuesta a la reclamación realizada
por la actora en acuerdo de seis de noviembre de dos
mil diecisiete y de quince días para que la aseguradora
solicitará información, notificado el diez de noviembre
de ese mismo año -conforme actuaciones de la
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los
Usuarios de Servicios Financieros-), y su pago se hará
en moneda nacional al valor que tengan las unidades
de inversión que resulten, a la fecha en que se efectuó
el pago, los cuales se calcularán en términos del
artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y
Sociedades Mutualistas de Seguros, en relación con el
artículo 71 de la Ley General sobre el Contrato de
Seguro, en ejecución de sentencia previo incidente de
liquidación.



CUARTO.-Se condena a la demandada

******* al pago**

reclamado por el actor consistente en el pago de intereses moratorios a que se refiere el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; en relación con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por haber incumplido en mora en el pago de la indemnización que mediante este juicio se le reclama, sobre la obligación en unidades de inversión 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 uno de los meses en que exista mora, contados a partir el veintiséis de diciembre de dos mil diecisiete, y hasta el total pago de la obligación principal, lo cual deberá ser cuantificado en ejecución de sentencia previo incidente de liquidación.

QUINTO. Se absuelve a la demandada *****

******* al pago de gastos y costas generados en la presente instancia.**

SEXTO.-Se declara que la presente sentencia le para perjuicio a la tercera llamada a juicio ** *******

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

******* con motivo de lo expuesto en los considerandos del presente fallo.**

Notifíquese personalmente a las partes y tercera llamada a juicio.

Así lo resolvió y firma el Licenciado **GUILLERMO CAMPOS OSORIO**, Juez Decimocuarto de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, ante la Secretaria **Rosalba Adela Altamirano Guzmán** que da fe. **Doy fe.**

**México, Distrito Federal a veintinueve
de mayo de dos mil dieciocho.**

El veintinueve de mayo de dos mil dieciocho, la licenciada Rosalba Adela Altamirano Guzman, Secretario de Juzgado, con adscripción en el Juzgado Decimocuarto de Distrito en Materia Civil en la Ciudad de México, hago constar y certifico que en esta versión pública no existe información clasificada como confidencial o reservada en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Conste.