



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"2021: AÑO DE LA INDEPENDENCIA"
CUADRAGÉSIMO SEGUNDO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

-- Firma electrónica SICOR/TSJDF Inicio ----- Instancia: Cuadragésimo Segundo de lo Civil de Proceso Oral Expediente 0 Secretaria: B
Documento: sentencia definitiva publicado: 2021-08-02 Firmante: SSALAZART NAS: 5111-1217-2782-5548-354 -1626221351886
-- Firma electrónica SICOR/TSJDF Inicio ----- Instancia: Cuadragésimo Segundo de lo Civil de Proceso Oral Expediente Secretaria: B
Documento: sentencia definitiva publicado: 2021-08-02 Firmante: HRODRIGUEZG NAS: 5111-1217-2782-5548-354 -1626221351886



Ciudad de México, a doce de julio del dos mil veintiuno.

En cumplimiento a lo ordenado en audiencia de juicio celebrada el nueve de julio del dos mil veintiuno, con fundamento en los artículos 1390 Bis 38 y 1390 Bis 39 del Código de Comercio, se procede a la materialización por escrito de la **SENTENCIA DEFINITIVA** dictada en el **juicio ORAL MERCANTIL**, promovido por _____ y _____, en contra de **SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.**, expediente _____, y;

R E S U L T A N D O S

(BREVE HISTORIA DEL JUICIO)

1.- Por escrito presentado ante la Oficialía de Partes Común de este Tribunal, y turnado a este Juzgado Cuadragésimo Segundo de Proceso Oral, _____ en representación de sus menores hijos _____ y _____, demandó de **SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.**, las siguientes prestaciones:

"a) El pago de la cantidad de **\$50,000.00 UDIS (CINCUENTA MIL UNIDADES DE INVERSIÓN)** por la cobertura básica de fallecimiento y la cantidad de **\$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN)** que se encuentra amparada en la póliza de seguro **V0110008685-0**.

El pago que resulte de la cantidad anterior se deberá hacer su pago en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, lo anterior de conformidad con la misma póliza de seguro y el artículo 276 fracción I, primer párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

b) El pago de los intereses moratorios sobre la cantidad demandada en la prestación **a)**, generados a partir de que han transcurrido treinta días desde que se le informó a la aseguradora del siniestro y que la misma dio respuesta al siniestro, por lo que si su contestación se realizó el día **10 de septiembre de 2020**, los intereses moratorios deben computarse desde el día siguiente del **10 de octubre de 2020** 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.

*c) Una vez que se condene a la parte demandada al cumplimiento de la prestación señalada en el inciso a), se demanda que 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.*

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

Por escrito mediante el cual la actora desahogó la prevención que se le hizo a su escrito inicial demanda, precisó que: **"El pago de la cantidad de \$50,000.00 UDIS (CINCUENTA MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) corresponde a la cantidad de \$329,402.50 (TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 50/100 M.N.) por la cobertura básica de fallecimiento y la cantidad de \$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) corresponde a la cantidad de \$98,820.75 (NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS 75/100 M.N.); ambas cantidades que es el valor en pesos a la fecha de presentación de demanda y que deberá convertirse a la fecha en que la aseguradora haga el pago del siniestro y que se encuentra amparada en la póliza de seguro V0110008685-0.**

2.- Admitida a trámite la demanda, se ordenó emplazar a juicio a la parte demandada, quien dio contestación a la misma, oponiendo las excepciones y defensas que consideró pertinentes.

3.- Seguido el procedimiento, con base en los principios de oralidad, publicidad, igualdad, intermediación, contradicción, continuidad y concentración, se celebraron las respectivas audiencias preliminar y de juicio, en ésta última se desahogaron las pruebas correspondientes, se escucharon alegatos, se declaró visto el asunto y se dictó la sentencia definitiva, con base en los siguientes.

CONSIDERANDOS:

Para fines prácticos **se identificará en esta sentencia** a la parte actora _____ y _____, como los menores beneficiarios de la póliza de seguro, representados por su madre la señora _____, como la señora _____, y a la demandada SEGUROS SURA, S.A. DE C.V., como **SEGUROS SURA.**

HECHOS PROBADOS:

En la audiencia preliminar, de común acuerdo, ambas partes establecieron **como hechos no controvertidos** los siguientes:

Hecho no controvertido número **UNO** del escrito inicial de demanda, en relación a que con fecha veintitrés de junio de dos mil diecisiete, sí celebró contrato de seguro de vida con la aseguradora SEGUROS DE VIDA SURA MEXICO, S.A. DE C.V., bajo el número de póliza V0110008685-0, con vigencia del veintitrés de junio de dos mil diecisiete al veintitrés de junio de dos mil veintisiete; con lo que quedó acreditada la relación contractual existente entre la aseguradora y el asegurado.

Hecho no controvertido número **DOS** del escrito inicial de demanda, en relación a qué en la referida póliza de seguro, se estableció por como beneficiarios del seguro a y , quienes son menores de edad, como se acredita con sus actas de nacimiento, con pleno valor probatorio, en términos del artículo 1292 del Código de Comercio; y que se aceptó como acuerdo probatorio.

Hecho no controvertido número **TRES** del escrito inicial de demanda, relativo a que en fecha veintitrés de junio de dos mil veinte, falleció , lo que se acredita con su acta de defunción, con pleno valor probatorio, en términos del artículo 1292 del Código de Comercio; y que se aceptó como acuerdo probatorio.

Hecho no controvertido número **CUATRO** del escrito inicial de demanda, relativo a que el treinta de julio de dos mil veinte, la señora recibió correo electrónico de de atención telefónica, quien envió a la señora los formatos y documentos que se debían adjuntar por correo electrónico para el cobro; y que el treinta y uno de julio de dos mil veinte, la señora , envió correo electrónico con formatos y documentación requerida; y que con carta de fecha cuatro de agosto de dos mil veinte, se le requirió a la señora la información faltante; por lo que mediante correo electrónico de fecha diez de septiembre de dos mil veinte, se envió por la señora diversa documentación.

Asimismo, en la audiencia preliminar, en la etapa de fijación de acuerdos probatorios, ambas partes de común acuerdo aceptaron y estuvieron conformes:

- Con el contenido de la copia simple de "POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL", relativa a la póliza V0110008685-0, con vigencia del veintitrés de junio de dos mil diecisiete al veintitrés de junio de dos mil veintisiete; seguro de vida contratado por y donde se indica que los beneficiarios del seguro son y ; y,

- Con el contenido de la copia simple de "POLIZA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL", de veintiséis de junio de dos mil diecisiete, que exhibe la demandada.

Ambos documentos por ser iguales en su contenido al efecto ambas partes **lo aceptaron como si fuera la póliza de seguro original.**

De igual manera, en la audiencia preliminar, en la etapa de fijación de acuerdos probatorios, ambas partes de común acuerdo estuvieron conformes en que se admitan como pruebas documentales y se desahoguen las siguientes:

- ACTA DE NACIMIENTO DE _____, con pleno valor probatorio, en términos del artículo 1292 del Código de Comercio, la cual demuestra lo que de ésta se desprende.
- DOCUMENTO ORIGINAL DE "RESUMEN CLINICO" CON SELLO Y FIRMA ORIGINAL, expedido por el médico _____; por ende, ya no hubo requerimiento a la actora para exhibir este documento al estar ya en autos y aceptado por ambas partes.

OPOSICIÓN AL RECLAMO POR PARTE DE SEGUROS SURA.

Al dar contestación a la demanda **SEGUROS SURA** opuso las siguientes:

EXCEPCIONES Y DEFENSAS

"1.- LA FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, consistente en que las obligaciones a cargo de mi representada, derivadas del contrato de seguro materia de la presente controversia, se extinguieron como consecuencia de que la póliza V0110008685-0, FUE RESCINDIDA DE PLENO DERECHO, al incurrir el contratante y asegurado _____, en omisiones e inexactas declaraciones al momento de celebrar dicho acuerdo de voluntades con mi representada, por no declarar en el cuestionario médico inserto de la solicitud de contratación del seguro materia de la presente controversia, que padecía de Hipertrofia Prostática grado 2 desde el año 2007, hecho que fue corroborado con la información contenida en el Resumen Clínico 21 de agosto de 2020, firmado por el doctor _____, Director de la Clínica Médica Familiar "Valle de Aragón" de la Delegación Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), remitido a mi poderdante por la C. _____ mediante correo electrónico el día 10 de septiembre de 2020 y con la información proporcionada por el propio actor en la solicitud de contratación de la póliza número V0110008685-0 de fecha 23 de junio de 2017.

2.- LA DERIVADA DE LOS ARTÍCULOS 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, consistente en que en el caso que aquí se ventila, se actualizó la hipótesis legal contenida en dichos preceptos legales, toda vez que el C. _____, omitió informar a mi poderdante al momento de contratar la póliza número V0110008685-0, que padecía de Hipertrofia Prostática grado 2 en el cuestionario médico contenido en la solicitud de contratación del seguro materia de la presente controversia, hecho que fue corroborado con el Resumen Clínico 21 de agosto de 2020, firmado por el doctor _____, Director de la Clínica Médica Familiar "Valle de Aragón" de la Delegación Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el cual consta que el médico tratante estableció que el hoy finado padecía de Hipertrofia Prostática grado 2 desde el año 2007, con lo cual se actualizó la hipótesis de RESCISIÓN DE PLENO DERECHO contenida en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por las omisiones e inexactas declaraciones en que incurrió dicha persona al momento de contratar el seguro materia de la presente controversia, hecho que mi representada hizo del pleno conocimiento de la parte actora, mediante la carta de fecha 7 de octubre de 2020.

3.- LA EXCEPCIÓN DERIVADA DE LA CLÁUSULA CONTENIDA EN EL NUMERAL 1, CAPÍTULO IV DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES A LA PÓLIZA NÚMERO V0110008685-0, de cuya lectura se desprende que el beneficio de Anticipo por Enfermedad Terminal o Fallecimiento, corresponde al 30% de la suma asegurada de la cobertura por Fallecimiento, por lo que al reclamar la totalidad de ésta, cobertura, a los actores carecen del derecho para el cobro de dicho anticipo.

4.- LA PLUS PETITIO, toda vez que la pretensión del cobro de la cantidad de 15,000 UDIS, resulta improcedente y excesiva, puesto que dicha cantidad deriva de la cobertura de Anticipo por Enfermedad Terminal o Fallecimiento, que se obtiene del 30% de la suma asegurada total por la cobertura por fallecimiento y al reclamar ésta última, a los actores ya no les corresponde el derecho al cobro de aquella.

5.- LA EXCEPCIÓN NON MUTATIS LIBELLI, consistente en que el actor no podrá cambiar el sentido o materia de su demanda, mientras dure el presente procedimiento, por lo que los hechos afirmados, deberán ser probados con base en el cúmulo probatorio ya ofrecido, sin que tenga la posibilidad de allegar a Su Señoría nuevos elementos no considerados desde su escrito inicial de demanda.

6.- LA EXCEPCIÓN ACTORI INCUMBI PROBATIO consistente en que le corresponde al actor la carga de probar todas y cada una de las afirmaciones contenidas en su escrito inicial de demanda, sin que dicha carga pueda invertirse hacia su representada.

7.- LA SINE ACTIONE AGIS, la cual se fundamenta en la total negación de la acción y el derecho del actor para reclamar las prestaciones que refiere en el capítulo correspondiente de su demanda en contra de mi poderdante, por lo que corresponderá a la demandante la carga de probar los elementos constitutivos de la acción ejercitada en contra de mi representada."

A fin de resolver las excepciones y defensas antes transcritas, se atenderá a preguntar lo aducido por **SEGUROS SURA**.

¿A quién corresponde la carga de la prueba?

De acuerdo con lo señalado en los artículos 1194 a 1198 del Código de Comercio, cada contendiente debe asumir, ofrecer, preparar y desahogar las pruebas con la que demuestren sus afirmaciones, pretensiones, o defensas, respectivamente.

En ese sentido, la carga de afirmar y probar debe distribuirse entre las partes, según los hechos que quieran sean conocidos por el Juez con el objeto de demostrar sus pretensiones, así a los menores beneficiarios de la póliza de seguro, representados por su madre la señora , les corresponde probar los hechos en los que sustentan su reclamo, y a SEGUROS SURA, los hechos en los que sustenta su defensa.

No pasando por alto que, la suplencia de la queja deficiente debe ser aplicada en toda clase de juicios en los que se vea afectado el interés superior de los menores, con independencia de cuál sea la naturaleza de las acciones que se ejecuten, previéndose la necesidad de que la autoridad que conozca de la controversia, cualquiera que sea su naturaleza o instancia, quede investida de facultades amplísimas al grado de que pueda actuar de oficio para hacer valer acciones, argumentaciones y allegarse de pruebas que conduzcan a la verdad real para resolver la controversia y lograr el bienestar del menor.

Sirve de fundamento a lo anterior, el criterio consultable en el Registro digital: 163784, Instancia: Primer Tribunal Colegiado del Vigésimo Cuarto Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: XXIV.1o.11 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXII, Septiembre de 2010, página 1346, que se lee:

“MENORES DE EDAD. LA SUPLENCIA DE LA QUEJA DEFICIENTE PROCEDE AUNQUE LOS DERECHOS CUESTIONADOS NO PROVENGAN DE UNA CONTROVERSIA DE NATURALEZA FAMILIAR.

En el marco del derecho internacional público, los derechos del niño están comprendidos en varios instrumentos internacionales, entre los que destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 24), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 19), la Declaración de los Derechos del Niño y, especialmente, la Convención sobre los Derechos del Niño. Este conjunto de disposiciones internacionales no sólo protegen los derechos del niño en materia de alimentación, salud y sano esparcimiento, sino en otros rubros o materias que colocan en grado predominante la protección o defensa del interés superior del niño, la cual no es limitativa a los órganos jurisdiccionales, sino de todas las autoridades administrativas que ejercen una función pública incluyendo a las instituciones privadas, cuando desarrollan actividades relacionadas con niños o prestan servicios públicos que en principio deberían estar a cargo del Estado. De ello se sigue que la suplencia de la queja deficiente no sólo fue estructurada por el legislador para tutelar los derechos de naturaleza familiar, sino también para ser aplicada en los amparos y en toda clase de juicios o controversias en los que se vea afectado el interés superior de los menores, cuando éstos sean o no parte, con independencia de cuál sea la naturaleza de las acciones que se ejecuten, previéndose la necesidad de que la autoridad que conozca de la controversia, cualquiera que sea su naturaleza o instancia, quede investida de facultades amplísimas al grado de que pueda actuar de oficio para hacer valer acciones, argumentaciones y allegarse de pruebas que conduzcan a la verdad real para resolver la controversia y lograr el bienestar del menor.”

Bajo ese tenor, al ya haberse analizado en este fallo judicial en los hechos probados, que quedó acreditada la relación contractual existente entre la aseguradora y el finado asegurado; así como, la aceptación de ambas partes de que la copia simple de la “POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL”, número V0110008685-0, es como si fuera la póliza de seguro original.

Es de cuestionarse:

¿La empresa aseguradora se encuentra facultada para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro?

La respuesta es SI, porque conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos en el momento de la celebración del contrato de seguro por parte del asegurado, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

¿**SEGUROS SURA** demostró que rescindió de pleno derecho el contrato de seguro?

La respuesta es NO, pues si bien de la impresión en copia simple de diversos correos electrónicos que exhibió la aseguradora, se desprende que el siete de octubre de dos mil veinte, envió vía correo electrónico a la señora en representación de los menores beneficiarios de la póliza de seguro, un archivo adjunto de carta respuesta; no se tiene la certeza que la copia simple del escrito (carta) de esa fecha siete de octubre de dos mil veinte, que exhibe la aseguradora en este juicio, sea la que se adjuntó a ese correo, al no obrar prueba alguna que así lo demuestre.

Aunado a que de esa copia simple del escrito (carta) de esa fecha siete de octubre de dos mil veinte, no se desprende que **SEGUROS SURA** rescinda de pleno derecho el contrato de seguro, pues de su contenido se aprecia que se limita a transcribir lo que se establece en las Condiciones Generales dentro de la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones, precisando en su último párrafo que:

*"Toda vez que al momento del llenado de la solicitud para la contratación de la póliza número **V0110008685-0**, con inició de vigencia 23 de Junio 2017, se indicó que el C. no había padecido **ningún problema de próstata**, y derivado de los indicado en el informe médico y firmado por el médico, se indica que tuvo problemas de próstata desde el año 2007, fecha anterior a la contratación de la póliza, se le hace sabedora de la improcedencia de realizar el pago de la Cobertura de Fallecimiento, por omisión o inexactas declaraciones."*

Escrito anterior en el que se señala la improcedencia de realizar el pago de la cobertura de fallecimiento, por omisión o inexactas declaraciones del asegurado, no así que **SEGUROS SURA** hubiera rescindido de pleno derecho el contrato de seguro.

Por lo que es de cuestionarse:

¿Se extinguió la obligación de **SEGUROS SURA**, por omisión o inexactas declaraciones del finado asegurado, al momento del llenado de la solicitud para la contratación de la póliza número V0110008685-0?

La respuesta es NO, pues en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, le correspondió a **SEGUROS SURA** acreditar su excepción consistente en que el finado asegurado, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, sin que sea suficiente que demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro, el finado asegurado, en su caso, padeciere de Hipertrofia Prostática Grado II, desde el año dos mil siete, sino que también es indispensable que pruebe que el fallecido asegurado

tenía pleno conocimiento de que tenía dicho padecimiento pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de

mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido.

Sirve de fundamento a lo anterior, el criterio consultable en el Registro digital: 183699, Instancia: Décimo Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.14o.C.15 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XVIII, Julio de 2003, página 1215, Tipo: Aislada, que se lee:

“SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO. De acuerdo a lo establecido en el artículo 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante tendrá la obligación de declarar aquellos hechos importantes que puedan influir en las condiciones del contrato y sirvan a la compañía aseguradora para evaluar el riesgo, entre los cuales se encuentran, desde luego, las enfermedades que dicha persona tenga conocimiento que padece, ya que en caso de omisión, con base en el numeral 47 del ordenamiento legal en cita, la empresa aseguradora puede rescindir el contrato de seguro celebrado entre las partes, aun cuando el hecho no declarado o inexactamente manifestado no haya influido en la realización del siniestro. Sin embargo, cuando se haga valer tal hipótesis como excepción en el juicio mercantil en el que se reclama el pago de la suma asegurada, conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, la aseguradora tendrá la obligación de acreditar durante el desarrollo de la secuela procesal, que el asegurado, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, por lo que si se trata de una enfermedad, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, el asegurado ya padecía tal afección, sino que también es indispensable que se pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha dolencia pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido.”

Así como, el criterio consultable en el Registro digital: 164822, Instancia: Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.3o.C.788 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXI, Abril de 2010, página 2715, Tipo: Aislada, que se lee:

“CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE ACREDITAR MEDIANTE PRUEBA IDÓNEA QUE EL ASEGURADO

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

Por lo que es de cuestionarse:

¿**SEGUROS SURA** probó que el finado asegurado tuvo pleno conocimiento de que padecía de Hipertrofia Prostática Grado II, desde el año dos mil siete, fecha anterior a la contratación de la póliza?

La respuesta es NO, pues por lo que se refiere a la información contenida en el Resumen Clínico del finado asegurado , de fecha el veintiuno de agosto de dos mil veinte, firmado por el Doctor , Director de la Clínica Médica Familiar “Valle de Aragón” de la Delegación Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue objetado por la señora en representación de los dos menores de la póliza de seguro, en el desahogo de la vista de excepciones y defensas.

Objeción (oposición) que hizo consistir en que dicho Resumen Clínico se refiere a sospecha de una hipertrofia prostática, más no a un diagnóstico,

además de que se observa que durante su trayectoria medica el asegurado no fue tratado ni tenido problemas de tal padecimiento, por lo que no se prueba que haya omitido informar sobre una enfermedad que sólo pensaron pudo tener.

Objeción (oposición) que resulta **fundada**, porque del mencionado Resumen Clínico del finado asegurado , se desprende, en lo que interesa:

"04.07.2007 Valorado por haber presentado poliuria, poliaquiuria, sensación de tenesmo vesical, refiriendo probable Hipertrofia Prostática. Se inicia protocolo de estudio para su valoración por especialidad.

12.11.2007 Se solicita valoración por servicio de Urología en 2do nivel de atención por datos de Hipertrofia Prostática Grado II."

Datos antes transcritos en los que se señala que el cuatro de julio de dos mil siete, el finado asegurado fue valorado por **probable** Hipertrofia Prostática, **solicitándose** el doce de noviembre de dos mil siete, **valoración** por servicio de Urología en 2do nivel de atención por datos de Hipertrofia Prostática Grado II.

Probabilidad de que el finado asegurado padeciere de Hipertrofia Prostática Grado II, que efectivamente no se trata de un diagnóstico, más cuando se solicitó su valoración por servicio de Urología, sin que de dicho Resumen Clínico se desprenda el resultado de dicha valoración, de ahí que con el mismo no se acredita que el finado asegurado padeciera de tal enfermedad.

Y por lógica **SEGUROS SURA no acredita** que el finado asegurado hubiera tenido conocimiento de que padeciere de Hipertrofia Prostática Grado II, al momento de llenar el cuestionario inserto en la solicitud de contratación del seguro, al no desprenderse que de dicho Resumen Clínico que se le hubiere diagnosticado tal enfermedad.

Más cuando de dicho Resumen Clínico no se desprende algún estudio que se le hubiera practicado o algún tratamiento que haya llevado por virtud de Hipertrofia Prostática Grado II; por lo que fue incorrecto que **SEGUROS SURA** declarare improcedente el pago de la Cobertura de Fallecimiento, por omisión o inexactas declaraciones.

Más cuando es de cuestionarse:

¿El cuestionario inserto en la solicitud de contratación del seguro es claro y preciso?

Para responder esa pregunta hay que atender a la **objeción** que realizó la señora en representación de los dos menores de la póliza de seguro, en el desahogo de la vista de excepciones y defensas, la cual hizo consistir en que el cuestionario inserto en la solicitud de contratación del seguro elaborado por la aseguradora es insidioso, ambiguo y se presta a confusión, pues no precisa la enfermedad, el tiempo y enlista dentro de un enunciado diversas enfermedades que ofuscan al declarante para contestar acertadamente.

Objeción (oposición) que resulta **fundada**, porque específicamente de la pregunta doce del cuestionario inserto en la solicitud del contrato de seguro, se desprende que la aseguradora formuló la misma de la manera siguiente:

"12.- ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

a. ...

b. ...

c. ...

d. ...

e. ...

f. ...

g. ...

h. ...

i. ...

j. Insuficiencia renal, infecciones renales, pancreatitis, problemas de los uréteres, vejiga, uretra, próstata o pancreatitis.

k. ...

l. ..."

Pregunta anterior que efectivamente es insidiosa, además de ser ambigua prestándose a confusión, pues enuncia diversas enfermedades en un solo apartado del inciso que hay que responder, que ofuscan al declarante para contestar acertadamente, ya que al haberla formulada en ese sentido no fue con el fin de obtener la verdad que se busca, sino con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración, al solicitante.

Sirve de fundamento a lo anterior, el criterio consultable en el Registro digital: 241563, Instancia: extinta Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Séptima Época, Materias(s): Civil, Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Volumen 71, Cuarta Parte, página 41, Tipo: Aislada, que se lee: **"SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.** *El contrato de seguro, siendo un contrato aleatorio, pues depende de un hecho incierto o contingente que entraña azar e implica el posible pago de beneficios que se encuentren completamente fuera de proporción, con las primas pagadas, requiere, en su celebración, de la buena fe del solicitante; porque las declaraciones de éste serán la base para el contrato, según dispone el artículo 7o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro y lo confirma su artículo 47, al decir que cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Sin embargo, la obligación que la ley impone al solicitante, de obrar con buena fe al declarar por escrito los hechos que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, como lo dice el artículo 8o. del citado ordenamiento, tiene una doble limitación, expresada en dicho precepto, consistente en que los hechos deben ser declarados por el solicitante "de acuerdo con el cuestionario relativo" y que sean "importantes para la apreciación del riesgo o que puedan influir en las condiciones convenidas". Lo cual significa que las aseguradoras deben actuar con buena fe, también, procurando que sus cuestionarios no contengan preguntas insidiosas; entendiéndose por tales, no solamente las que se dirigen a ofuscar la inteligencia del que ha de responder, con objeto de inducirlo a error y obtener una confesión contraria a la verdad; sino también aquellas que impliquen un hecho que ninguna relación tiene con lo que es materia del cuestionario respectivo o que impliquen un hecho complejo, compuesto de dos o más hechos ajenos al cuestionario, y que se formulan no con el fin de obtener la verdad que se busca, sino con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración, al solicitante. Esto en atención a que, por regla general, los cuestionarios de las compañías aseguradoras se refieren a hechos propios del solicitante, y por lo tanto, las preguntas, como las contestaciones, deben regirse, en su apreciación por los tribunales, en caso de conflicto, conforme a las reglas de la confesión."*

No pasando por alto que tal cuestionario fue exhibido en copia simple carente de pleno valor probatorio.

En otro aspecto es de cuestionarse:

¿El finado asegurado conoció las Condiciones Generales del Seguro de la póliza número V0110008685-0 con vigencia del veintitrés de junio de dos mil diecisiete al veintitrés de junio de dos mil veintisiete?

Para responder esa pregunta hay que atender a la **objeción** que realizó la señora [redacted] en representación de los dos menores de la póliza de seguro, en el desahogo de la vista de excepciones y defensas, la cual hizo consistir en que no hay evidencia de que las Condiciones Generales hayan sido entregadas al finado asegurado, al no contar con firma, rúbrica o signo distintivo de su recepción.

Objeción (oposición) que resulta **fundada**, porque el artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y los artículos 7, 20 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, obligan a la aseguradora a informar con claridad y precisión el alcance y términos de las Condiciones Generales que deben regir el seguro contratado, **y entregar** al adquirente de los servicios el documento en el que conste fehacientemente la información relativa a los derechos y obligaciones de las partes.

Por lo que es de cuestionarse:

¿La leyenda que aparece al reverso de la carátula de la póliza de seguro base de la acción acredita que **SEGUROS SURA** le entregó al finado asegurado [redacted] las Condiciones Generales que rigen el contrato de seguro?

La respuesta es NO, pues la mencionada leyenda se lee:

"Al recibir esta póliza, el contratante acepta que recibió y está enterado del contenido de las condiciones generales y particulares que rigen este contrato de seguro, así mismo se invita al asegurado a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza en www.suramexico.com."

Leyenda anterior de la que si bien se dice que el contratante acepta que recibió y está enterado del contenido de las Condiciones Generales y particulares que rigen el contrato de seguro, también lo es que en la póliza de seguro no consta que hubiere puesto su firma, razón por la cual esa manifestación no constituye prueba de que las Condiciones Generales le hubieren sido entregadas al finado asegurado [redacted], ni que en su momento hubiere tenido pleno conocimiento de su contenido.

Además, la simple leyenda transcrita en párrafos que preceden relativa a que, se invita al asegurado a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza en www.suramexico.com, no demuestra que

SEGUROS SURA en su momento, hubiere informado al finado asegurado con claridad y precisión el alcance y términos de las condiciones generales de la póliza de seguro, cuando sólo se le invitó a la consulta del portal donde estaban disponibles.

Más cuando al mes de julio de dos mil veintiuno, al ingresar este Juzgador a la página de internet www.suramexico.com, advierte que no se encuentra visible ningún ícono o enlace en el que se pueda acceder a la consulta de las condiciones generales de la póliza de seguro base de la acción.

No pasando por alto algo muy importante, que **SEGUROSSURA** no acreditó que antes del fallecimiento del asegurado (veintitrés de junio de dos mil veinte), en la página de internet que aduce la póliza, realmente se encontraran en www.suramexico.com, las Condiciones Generales del seguro, pues en el caso, sin conceder, si se hubieren encontrado las Condiciones Generales, una búsqueda hecha en el año dos mil veintiuno, ello en nada beneficia a **SEGUROS SURA**, cuando debía haber probado que antes del fallecimiento del asegurado se encontraban en esa página de internet esas condiciones.

Por lo que es de cuestionarse:

¿Los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro base de la acción, carecen de derecho para el cobro de la cobertura de anticipo por enfermedad terminal o fallecimiento, que aparece amparada en dicha póliza?

La respuesta es NO, pues al no haber demostrado **SEGUROS SURA** que entregó al finado asegurado , en su momento, las condiciones generales del seguro, no estuvo en aptitud de conocer, ni mucho menos la señora en representación de los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro, la cláusula contenida en el numeral 1, capítulo IV de las Condiciones Generales, en la que se señala lo relativo a la cobertura por anticipo por enfermedad terminal o fallecimiento.

Más cuando, al ser los beneficiarios de la póliza base de la acción **menores de edad**, procede la suplencia de la queja, en toda su amplitud, sin que obste la naturaleza de los derechos cuestionados, pues la afectación de la esfera jurídica de un menor de edad o de un incapaz, no corresponde

exclusivamente a los padres, sino a la sociedad, quien tiene interés en que la situación de los hijos quede definida para asegurar la protección del interés superior del menor de edad o del incapaz.

Ello, pues los criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, así como a los compromisos internacionales suscritos por el Estado mexicano, buscan proteger en toda su amplitud los intereses de menores de edad e incapaces, aplicando siempre en su beneficio la suplencia de la deficiencia de la queja, la que debe operar desde la demanda (el escrito) hasta la ejecución de sentencia, incluyendo omisiones en la demanda, recabación oficiosa de pruebas, esto es, en todos los actos que integran el desarrollo del juicio, para con ello lograr el bienestar del menor de edad o del incapaz.

Sirve de fundamento a lo anterior, por analogía, la jurisprudencia consultable en el Registro digital: 175053, Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: 1a./J. 191/2005, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIII, Mayo de 2006, página 167, que se lee:

“MENORES DE EDAD O INCAPACES. PROCEDE LA SUPLENCIA DE LA QUEJA, EN TODA SU AMPLITUD, SIN QUE OBSTE LA NATURALEZA DE LOS DERECHOS CUESTIONADOS NI EL CARÁCTER DEL PROMOVENTE. La suplencia de la queja es una institución cuya observancia deben respetar los Jueces y Magistrados Federales; suplencia que debe ser total, es decir, no se limita a una sola instancia, ni a conceptos de violación y agravios, pues el alcance de la misma comprende desde el escrito inicial de demanda de garantías, hasta el periodo de ejecución de la sentencia en caso de concederse el amparo. Dicha suplencia opera invariablemente cuando esté de por medio, directa o indirectamente, la afectación de la esfera jurídica de un menor de edad o de un incapaz, sin que para ello sea determinante la naturaleza de los derechos familiares que estén en controversia o el carácter de quien o quiénes promuevan el juicio de amparo o, en su caso, el recurso de revisión, ello atendiendo a la circunstancia de que el interés jurídico en las controversias susceptibles de afectar a la familia y en especial a menores e incapaces, no corresponde exclusivamente a los padres, sino a la sociedad, quien tiene interés en que la situación de los hijos quede definida para asegurar la protección del interés superior del menor de edad o del incapaz. Se afirma lo anterior, considerando la teleología de las normas referidas a la suplencia de la queja, a los criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, así como a los compromisos internacionales suscritos por el Estado mexicano, que buscan proteger en toda su amplitud los intereses de menores de edad e incapaces, aplicando siempre en su beneficio la suplencia de la deficiencia de la queja, la que debe operar desde la demanda (el escrito) hasta la ejecución de sentencia, incluyendo omisiones en la demanda, insuficiencia de conceptos de violación y de agravios, recabación oficiosa de pruebas, esto es, en todos los actos que integran el

desarrollo del juicio, para con ello lograr el bienestar del menor de edad o del incapaz.”

Por tanto, lo establecido en las condiciones generales no deben producir perjuicios a los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro base de la acción, ya que el desconocimiento que en su momento tuvo el finado asegurado , es imputable a la aseguradora, por lo que los conflictos generados entre las partes se deben resolver con base en el contenido de la póliza de seguro base de la acción, en lo que beneficie, en este caso, a los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro.

Sirve de fundamento a lo anterior, el criterio consultable en el Registro digital: 168788, Instancia: Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.4o.C.162 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVIII, Septiembre de 2008, página 1411, Tipo: Aislada, que se lee:

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

Aunado a lo anterior, **SEGUROS SURA** no exhibió el original de las “CONDICIONES GENERALES” del contrato de seguro, pues se limitó a exhibir una copia simple que se lee: “Condiciones Generales”, las cuales al carecer de certificación carecen de valor probatorio; además de que de

dicha copia simple se aprecia que las “Condiciones Generales” no corresponden a las que rigen a la fecha en que se expidió la póliza de seguro con vigencia del veintitrés de junio de dos mil diecisiete al veintitrés de junio de dos mil veintisiete, pues de las copia simples de tales condiciones se aprecia que éstas se registraron ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el **doce de septiembre de dos mil catorce**, bajo el registro número CNSF-S0095-0500-2014; siendo que en la póliza base de la acción obra otro registro ante dicha Comisión del veintiuno de junio de dos mil dieciséis, con el número RESP-S0095-0212-2016, sin que **SEGUROS SURA**, hubiera exhibido las Condiciones Generales en las que se haga referencia a este último registro.

Sirve de fundamento, lo considerado en párrafos precedentes, la jurisprudencia consultable en el Registro digital: 2022849, Instancia: Pleno del Decimoprimer Circuito, Décima Época, Materias(s): Civil, Tesis: PC.XI. J/3 C (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84, Marzo de 2021, Tomo III, página 2271, que se lee:

“CONTRATO DE SEGURO. LA LEY ESTABLECE LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE ENTREGAR LAS CONDICIONES GENERALES QUE LO RIGEN, Y ÉSTA CUMPLE CUANDO LAS COMUNICA FEHACIENTEMENTE AL ASEGURADO. Los artículos 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (antes 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros), 7o., 20 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, obligan a la aseguradora a informar con claridad y precisión el alcance y términos de las condiciones generales que deben regir el seguro contratado, y entregar al adquirente de los servicios el documento en el que conste fehacientemente la información relativa a los derechos y obligaciones de las partes. **Este imperativo de entregar se colma cuando la institución de seguros demuestra fehacientemente que el asegurado las recibió y, por tanto, formaron parte de su voluntad al suscribir el contrato y recibo de tales condiciones generales; de manera que la omisión de ese acto de comunicar amplia, debida y fehacientemente los puntos que regirán la relación contractual de seguro, conlleva no cumplir con el deber de informar el alcance de los servicios contratados, y la misma no se suple con leyendas o expresiones incluidas por la aseguradora en determinadas cláusulas del contrato o en las carátulas de las pólizas respectivas, ya que con esas anotaciones, el asegurado no se impone de los alcances que regirán la relación jurídica, y no le son exigibles.**” (Lo resaltado es por este Juzgado).

Así como, el criterio visible en el Registro digital: 2021851, Instancia: Décimo Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Décima Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.15o.C.69 C (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 77, Agosto de 2020, Tomo VI, página 5992, Tipo: Aislada, que se lee:

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

Por lo que es de cuestionarse:

¿Es excesivo el reclamó de la cantidad de \$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) que deriva de la cobertura de anticipo por enfermedad terminal o fallecimiento amparada en la póliza de seguro V0110008685-0?

La respuesta es NO, pues **SEGUROS SURO** al no haberle hecho saber en su momento al finado asegurado , y por ende desconocer la señora en representación de los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro, los términos de la cláusula contenida en el numeral 1, capítulo IV de las Condiciones Generales, se debe estar a lo establecido en dicha póliza, de la cual se desprende como cobertura asegurada por anticipo por enfermedad terminal ó fallecimiento, la suma asegurada por la cantidad de \$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN).

Más cuando de la póliza de seguro de vida base de la acción, no se desprende que al reclamarse la cobertura básica ya no tengan derecho los menores beneficiarios a la cobertura por enfermedad terminal o fallecimiento, pues en ésta no se excluye la cobertura básica con la de fallecimiento, ya que solo respecto al anticipo por enfermedad le sigue la vocal "o", actualizándose la segunda dado el fallecimiento del asegurado de la póliza , más la cobertura básica amparada también en dicha póliza. Por lo que al usar la letra "o" no denota exclusión alguna, sino que se pagaría uno u otro supuesto.

En otro aspecto, en relación con la excepción NON MUTATIS LIBELLI opuesta por **SEGUROS SURA**, es de cuestionarse:

¿La señora en representación de sus dos menores hijos beneficiarios de la póliza de seguro, cambio el sentido de su escrito inicial de demanda?

La respuesta es NO, pues de constancias de autos que integran el expediente, con valor probatorio pleno, en términos del artículo 1294 del Código de Comercio, se advierte que la actora (menores beneficiarios de la póliza de seguro), no cambio el sentido de su demanda, demostrando con las pruebas ya valoradas en este fallo judicial, el derecho al cobro de las prestaciones reclamadas.

Por lo tanto, LA PRESUNCIONAL en su doble aspecto legal y humana, y, LA INSTRUMENTAL DE ACTUACIONES consistente en todo lo actuado, gozan de valor probatorio pleno, en términos de los artículos 1294 y 1305 del Código de Comercio, y que, desahogadas conforme a su propia y especial naturaleza, favorecen el interés de los dos menores beneficiarios de la póliza de seguro, atento el resultado obtenido al valorar los medios de prueba allegados al presente juicio, así como a los razonamientos lógico jurídicos vertidos en el este fallo judicial.

CONDENA.

Se condena a **SEGUROS SURA** a pagar a los menores beneficiarios de la póliza de seguro base de la acción, la cantidad de \$50,000.00 UDIS (CINCUENTA MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) por la cobertura básica, así como la cantidad de \$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) por fallecimiento, que se encuentran amparadas en la póliza de seguro V0110008685-0, ambas cantidades que se deberán convertirse a moneda nacional a la fecha en que la aseguradora haga el pago del siniestro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en relación con el párrafo segundo de la fracción VIII de ese artículo.

CONDENA DE INDEMNIZACIÓN POR MORA.

Es de destacar que el artículo 276 en su fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, establece que, **son irrenunciables** los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en el mismo, señalando en su fracción VII, que si, en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, se debe condenar a la aseguradora al pago de la misma.

Sin embargo, en la demanda si se reclamó en la prestación b) el pago de la indemnización por mora, por lo que, si en el caso, que no se hubiere reclamado, la misma procedía; cuanto más cuando hay reclamo expresa de la misma.

La indemnización por mora conforme lo ordenado en el artículo 276, fracciones I, III, IV y VIII de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, establece:

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

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

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;

(...)

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el

párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

(...)

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo”.

No pasando por alto, que ninguna afectación se causa cuando lo relativo a intereses moratorios está comprendido en la indemnización por mora.

Por tanto, al haber quedado demostrado que **SEGUROSSURA** dejó de cumplir con la obligación asumida en el contrato de seguro, en los términos que se obligó, en virtud, de no haber pagado el riesgo asegurado desde que debió verificarse dicho pago, se le condena a pagar **la indemnización por mora**, conforme a lo establecido en las fracciones I, III, IV y VIII, del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, los que serán cuantificados en ejecución de sentencia mediante la tramitación del incidente respectivo, a partir de que la obligación fue exigible en los términos siguientes:

EXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DE LA ASEGURADORA.

A fin de precisar a partir de cuándo debe estimarse legalmente exigible la obligación de pago de la aseguradora, es de hacer las siguientes presiones.

El artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dispone:

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

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

El numeral transcrito, en su primer párrafo señala que, 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.

Soporta lo anterior, la jurisprudencia publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, instancia Plenos de Circuito, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 34, septiembre de 2016, Tomo III, Tesis: PC.I.C. J/29 C (10a.), página 1587, bajo la voz:

“INDEMNIZACIÓN POR MORA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO EN GENERAL. SU INTERPRETACIÓN LEGAL. *De la interpretación de los artículos 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros abrogada y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, derivan las siguientes premisas: a) Si la empresa aseguradora no cumple las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, deberá pagar intereses moratorios, los cuales se generarán a partir de que se haga exigible la obligación que se le reclama; b) Una vez recibidos los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento de la reclamación, el crédito del seguro vence en el plazo de 30 días, a fin de determinar, en su caso, si resulta o no procedente; c) A partir de que resuelva la aseguradora, y hasta que haga el pago, deberá pagar los intereses moratorios. Ahora bien, los artículos 1o., 147 y 150 de la Ley sobre el Contrato de Seguro no señalan el momento de inicio de la mora, sino que tienen que ver con cuestiones diversas, a diferencia de lo que establece el artículo 71 indicado, por lo que su interpretación conjunta debe comprender el régimen previsto en éste, conforme al cual, el crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 días después de la fecha de la reclamación; disposición que comprende a los contratos de seguro en general, al no distinguir el tipo”.*

En el caso, en la audiencia preliminar ambas partes de común acuerdo fijaron como no controvertido el hecho número **CUATRO** del escrito inicial de demanda, relativo a que el treinta de julio de dos mil veinte, la señora [REDACTED] recibió correo electrónico de [REDACTED] de atención telefónica, quien envió a la señora [REDACTED] los formatos y documentos que se debían adjuntar por correo electrónico para el cobro; y que el treinta y uno de julio de dos mil veinte, la señora [REDACTED], envió correo electrónico con formatos y documentación requerida; y que con carta de fecha cuatro de agosto de dos mil veinte, se le requirió a la señora [REDACTED] la información faltante; por lo que mediante correo electrónico de fecha diez de septiembre de dos mil veinte, se envió por la señora [REDACTED] diversa documentación.

Lo anterior se robustece con el correo electrónico de fecha diez de septiembre de dos mil veinte, del que se aprecia que la señora [REDACTED] en representación de sus menores hijos beneficiarios de la póliza de seguro base de la acción, envió a la aseguradora por ese conducto los documentos faltantes de la reclamación del seguro.

En ese sentido, del diez de septiembre de dos mil veinte, que **SEGUROS SURA** recibió vía correo la documentación faltante de la reclamación, los treinta días le vencieron **el diez de octubre de dos mil veinte**, por lo que es esa fecha cuando se volvió exigible la obligación y, por ende, la aseguradora se constituyó en mora, y hasta el día en que efectúe el pago, conforme a lo

establecido en las fracciones I, III, IV y VIII del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

**UNA VEZ QUE SE LEGALMENTE EJECUTABLE ESTA SENTENCIA
(CUMPLIMIENTO FORZOSO).**

El artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en la parte que interesa, establece:

"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.*

(...)

El numeral 277 transcrito, en su primer párrafo señala que, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez requerirá a la Institución de Seguros, 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 ordenará 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.

En ese sentido, una vez que sea legalmente ejecutable la presente resolución y se encuentren liquidadas o cuantificadas las prestaciones reclamadas, se procederá conforme al artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, de no dar cumplimiento voluntario la aseguradora.

**PRUEBAS ADMITIDAS QUE NO CAMBIAN EL SENTIDO DEL PRESENTE
FALLO.**

- ANEXO CINCO QUE CONTIENE: CINCO DIVERSOS CORREOS ELECTRONICOS IMPRESOS.
- DOCUMENTO ORIGINAL DE "SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS".
- DOCUMENTO ORIGINAL DE "RESUMEN MEDICO".

- COPIA SIMPLE DE ESCRITO (CARTA) DE FECHA CUATRO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.
- COPIA SIMPLE DE CURP DE .
- IMPRESIÓN EN COPIA SIMPLE DE RECIBO DE PAGO DE NOMINA.
- COPIA SIMPLE DE CREDENCIAL PARA VOTAR.
- COPIA SIMPLE DE RESUMEN CLINICO DE FECHA VEINTIUNO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.
- COPIA SIMPLE DE "SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL".
- COPIA SIMPLE DE CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL.
- Copia certificada del instrumento número 69,168, de fecha veintiuno de marzo de dos mil diecinueve, pasado ante la fe del Notario Público ciento treinta y tres de la Ciudad de México, Licenciado Héctor Guillermo Galeano Inclán.
- Copia certificada del instrumento número 69,385, de fecha ocho de julio de dos mil diecinueve, pasado ante la fe del Notario Público ciento treinta y tres de la Ciudad de México, Licenciado Héctor Guillermo Galeano Inclán.

Todas y cada una de tales documentales que demuestran lo que se desprende de ellas.

La **CONFESIONAL** a cargo de la parte demandada **SEGUROS SURA**, la cual se desahogó por medio de su apoderada, , en audiencia de juicio de fecha nueve de julio de dos mil veintiuno; y de la que se desprende lo siguiente:

Que la demandada sabe respecto al proceso de contratación del seguro materia del juicio por parte de , que los seguros se colocan por medio de los empleados de la aseguradora, sin poder recordar el nombre de dichos empleados y señala la apoderada de la aseguradora que no sabe cómo fue el proceso de contratación del seguro de .

Sin que tales manifestaciones sean suficientes para cambiar el sentido de esta resolución, dado que no se demuestra justamente la causal de negativa al pago de la indemnización que reclama la parte actora.

Que la apoderada del seguro demandado, refiere que su representada supo de la causa de muerte de , por conducto de , quien dio el aviso de siniestro a su representada; y que su representada solicitó diversa documentación a , dentro de la cual se le solicitó el resumen clínico en el cual constó el motivo del fallecimiento del señor , aunado al Acta de Defunción,

en la cual se indica que la causa de muerte del asegurado, fue por insuficiencia respiratoria aguda.

Sin que tales manifestaciones sean suficientes para cambiar el sentido de esta resolución, dado que no se demuestra justamente la causal de negativa al pago de la indemnización que reclama la parte actora.

Que la apoderada de la aseguradora demandada, refiere que su representada recibió por conducto de _____, diversos documentos para el trámite del cobro del seguro, entre los que se recibieron los correos electrónicos de fecha treinta y uno de julio de dos mil veinte, cuatro de agosto de dos mil veinte, diez de septiembre de dos mil veinte, incluido otro correo posterior diverso del mes de septiembre de dos mil veinte, donde se solicita la respuesta a la reclamación del pago del seguro.

Sin que tales manifestaciones sean suficientes para cambiar el sentido de esta resolución, dado que no se demuestra justamente la causal de negativa al pago de la indemnización que reclama la parte actora.

Que la apoderada de la aseguradora demandada, refiere que en relación al resumen clínico de fecha veintiuno de agosto de dos mil veinte, proporcionado a la aseguradora demandada por _____, que es falso que no exista en dicho resumen clínico diagnóstico de enfermedad preexistente del asegurado, ya que se aprecia del resumen clínico que el asegurado tenía una enfermedad preexistente y previa a la contratación de la póliza de seguro materia de esta controversia.

Sin embargo, es menester precisar por el suscrito juzgador, que respeto a tal aseveración que realiza la apoderada de la empresa aseguradora, que no existe elemento de prueba alguno que demuestre dicha enfermedad o padecimiento preexistente, por las razones expuestas con antelación.

Que la apoderada de la aseguradora demandada, refiere que la empresa aseguradora, entiende que un diagnostico implica que el médico que evalúa a un paciente de acuerdo con determinadas pruebas y determinadas circunstancias, emite o señala la afección que tiene el paciente. Es decir, para poder diagnosticar o determinar una enfermedad a un paciente se necesita analizar y recoger datos para evaluar al paciente para finalmente poder determinar el diagnostico.

Por lo anterior, se advierte por este juzgador que dicho reconocimiento de la aseguradora implica que ella sabe que para llegar a un diagnóstico, es necesario realizar una serie de estudios y análisis de afecciones del

paciente, evaluando además sus circunstancias; por ende, este juzgador considera que si el resumen clínico que refiere la aseguradora, no contiene precisamente el detalle y análisis pormenorizado de los estudios y circunstancias del asegurado, así como del soporte de dichos análisis médicos, que determinen la existencia, sin lugar a dudas, del padecimiento preexistente que invoca la aseguradora, por tanto, no es un documento suficiente para acreditar tal afirmación en que la demandada funda se negativa al pago; dado que no se demostró la existencia del diagnóstico preexistente invocado, razón de más si se considera que la demandada tampoco rinde prueba alguna que demuestre el hecho de que el asegurado tuviere incluso conocimiento pleno de que padecía la enfermedad preexistente con antelación a la contratación del seguro materia de este juicio.

La CONFESIONAL a cargo de , en audiencia de juicio de fecha nueve de julio de dos mil veintiuno; y de la que se desprende lo siguiente:

Que la señora reconoce que posee la cuenta personal de correo electrónico identificado como ; que además la señora , entabló comunicación con la aseguradora demandada por conducto de su cuenta personal de correo electrónico con la finalidad de cobrar la indemnización por el fallecimiento del señor ; que por conducto de tal cuenta personal de correo electrónico, la señora tuvo comunicación con personal de la aseguradora demandada desde el mes de julio y hasta el mes de septiembre de dos mil veinte; que además remitió al personal de la aseguradora, a través de su cuenta personal de correo electrónico, diversa información y documentación que le fue requerida; que además sí envió a la aseguradora, por medio de su cuenta personal de correo electrónico el resumen clínico de fecha veintiuno de agosto de dos mil veinte del señor ; que la señora niega que recibió en su cuenta personal de correo electrónico el correo de fecha siete de octubre de dos mil veinte y también niega que recibió la carta de fecha siete de octubre de dos mil veinte; que la señora niega estar inconforme con la negativa de pago que la aseguradora afirma que le entregó el siete de octubre de dos mil veinte, aclarando que nunca recibió respuesta, que incluso mando correos a la aseguradora y no los contestaban, por lo que pensó que negaban el pago y por eso acudió a un abogado; que niega haber recibido el correo y la carta de fecha siete de octubre de dos mil veinte.

Y de las anteriores declaraciones de , se advierte que si bien reconoce que sostuvo comunicación con la aseguradora demandada, para reclamar el pago de la indemnización por el fallecimiento de y acepta que entregó diversa documentación, entre la que se encuentra el resumen clínico de fecha veintiuno de agosto de dos mil veinte del señor ; sin embargo, por otra parte, niega que haya recibido el correo y la carta de fecha siete de octubre de dos mil veinte; y sin que la parte demandada hubiere demostrado la entrega de

tales documentos a la señora , al no rendir prueba para tal efecto. Por ende, dichas manifestaciones de en nada cambian el sentido de esta resolución.

COSTAS.

Al no actualizarse los supuestos contemplados en el artículo 1084 del Código de Comercio, al no apreciarse temeridad o mala fe de las partes, no se presentaron documentos, ni mucho menos testigos falsos, y no se opusieron excepciones que se puede llegar a calificar que fueren notoriamente improcedentes, cuando no las hubo, atendiendo a ello, no se hace condena al pago de costas.

Por lo antes expuesto y fundado y además con apoyo en los artículos 1077, 1322, 1324, 1325, 1390-Bis-38 y 1390-Bis-50 del Código de Comercio en vigor, se:

RESUELVE

PRIMERO. Resultó procedente la **Vía Oral Mercantil** en la que la parte actora probó sus pretensiones, y la demandada no justificó sus excepciones y defensas; en consecuencia:

SEGUNDO. Se condena a **SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.**, a pagar a y (menores beneficiarios de la póliza de seguro), la cantidad de \$50,000.00 UDIS (CINCUENTA MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) por la cobertura básica, así como la cantidad de \$15,000.00 UDIS (QUINCE MIL UNIDADES DE INVERSIÓN) por fallecimiento, que se encuentran amparadas en la póliza de seguro V0110008685-0, ambas cantidades que se deberán convertirse a moneda nacional a la fecha en que la aseguradora haga el pago del siniestro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en relación con el párrafo segundo de la fracción VIII de ese artículo.

TERCERO. Se condena a **SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.**, a pagar a y (menores beneficiarios de la póliza de seguro), una "indemnización por mora", conforme al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a partir **del diez de octubre de dos mil veinte**, cuando se volvió exigible la obligación y hasta el día en que efectúe el pago, y en términos de lo resuelto en este fallo judicial, la que será cuantificada en ejecución de sentencia mediante la tramitación del incidente respectivo; con la precisión que lo relativo a los intereses moratorios están contemplados en la indemnización por mora.

CUARTO. Una vez que sea legalmente ejecutable la presente resolución y de estar liquidas y cuantificadas las prestaciones condenadas, se procederá conforme al artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, de no dar cumplimiento voluntario la aseguradora.



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
“2021: AÑO DE LA INDEPENDENCIA”
CUADRAGÉSIMO SEGUNDO DE LO CIVIL DE PROCESO ORAL

QUINTO. No secondena al pago de costas a las partes contendientes.

SEXTO. Notifíquese.

ASI, DEFINITIVAMENTE JUZGANDO LO RESOLVIO Y FIRMA EL JUEZ CUADRAGÉSIMO SEGUNDO CIVIL DE PROCESO ORAL, MAESTRO HUGUET RODRÍGUEZ GODINEZ, ANTE EL SECRETARIO DE ACUERDOS “B”, LICENCIADO SERAFIN SALAZAR TORRES, CON QUIEN ACTUA, AUTORIZA Y DA FE. DOY FE.

-- Firma electrónica SICOR/TSJDF Fin ----- iF4EABEIAAYFAMDuMUKACgkQWymFedlheZM53gEAnNslq73oDPproynXecyyNo2U82Y+9AUunxbEjHnWr/EBAMnbRAOBOb4z05P31a+irhm2UitKfkyqBYc5yWsRusRY =skVn

-- Firma electrónica SICOR/TSJDF Fin ----- iF4EABEIAAYFAMDuMeEACgkQWymFedlheZPwXwD/dr9CfqF0cWDBpcGejciM58MG CjMPfGZRX+2IWcUDuvEA/1i0l+L8lWSKwF3YmGQwTR0xE14vaaehNJ4+yD2lZxfj =tiua

En el ***Boletín Judicial*** No. _____ correspondiente al día _____ de _____ de _____ se hizo la publicación de Ley.— Conste.

El _____ de _____ del _____, surtió efectos la notificación anterior.— Conste.