

“2021: Año de la Independencia”



**MAG. PONENTE
LIC. MÓNICA VENEGAS HERNÁNDEZ.
TOCA
AMPARO DIRECTO D.C.
RELACIONADO CON EL D.C.
P. 222**

En la Ciudad de México, a nueve de agosto de dos mil veintiuno.

V I S T O nuevamente el toca , y en cumplimiento de las Ejecutorias Federales de fecha diecisiete de junio de dos mil veintiuno, ambas emitidas por el **SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO**, en los juicios de amparo relacionados número: , el primero promovido por SEGUROS ATLAS, S.A., y el segundo por ; para resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte actora y adhesivo por la demandada, en contra de la sentencia definitiva del **veintidós de agosto de dos mil diecinueve**, dictada por el **C. JUEZ TRIGÉSIMO DE LO CIVIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, en los autos del juicio **ORDINARIO MERCANTIL** seguido por , en contra de **SEGUROS ATLAS, S.A.**, expediente .

R E S U L T A N D O

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



1. Que la sentencia definitiva de primera instancia concluyó con los siguientes puntos resolutivos:

“PRIMERO.- Ha sido procedente la Vía Ordinaria Mercantil en donde el actor no acreditó los hechos en que fundó su acción de cumplimiento de contrato, por lo que no se entró al estudio de las excepciones y defensas opuestas por la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**, en consecuencia;
SEGUNDO.- Se **absuelve** a la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**, de todas y cada una de las prestaciones que le fueron reclamadas por .
TERCERO.- No se hace especial condena en costas en esta instancia.
CUARTO.- NOTIFÍQUESE...”

2.- Que inconforme la parte actora con la resolución antes transcrita, interpuso recurso de apelación; apelado también de manera adhesiva la parte demandada, recursos de apelación que se admitieron en **ambos efectos** y, tramitados que fueron por todas sus fases procesales, se citó a los interesados para oír sentencia, que con fecha nueve de diciembre de dos mil diecinueve, se pronunció en los siguientes términos:

“PRIMERO.- Resultan **INOPERANTES** los agravios hechos valer tanto por la parte actora de forma principal, como los adhesivos expresados por la demandada; en contra de la sentencia definitiva del **veintidós de agosto de dos mil diecinueve**, dictada por el **C. JUEZ TRIGÉSIMO DE LO CIVIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, en los autos del juicio **ORDINARIO MERCANTIL** seguido por , en contra de **SEGUROS ATLAS, S.A.**, en consecuencia:

SEGUNDO. Se **CONFIRMA** la sentencia recurrida, para continuar rigiendo en todos y cada uno de sus términos.

TERCERO. Se condena a la parte actora al pago de costas procesales en ambas instancias.

CUARTO. Notifíquese...”

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
 Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
 IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
 EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
 Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
 Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |
 Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
 0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



3. No estando conforme con la sentencia antes relatada, el actor , por su propio derecho, promovió amparo, siendo concedido al resolverse bajo el número , por el **H. SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO**, mediante sesión celebrada por videoconferencia de fecha ocho de julio de dos mil veinte, en donde la Justicia de la Unión Amparó y protegió al citado quejoso.

4. En cumplimiento de la ejecutoria citada, esta autoridad revisora siguiendo los lineamientos trazados emitió sentencia el veintidós de octubre de dos mil veinte, en que ante lo fundado de los agravios se revocó la sentencia definitiva apelada, quedando en los siguientes términos:

“PRIMERO.- *Ha sido procedente la Vía Ordinaria Mercantil en donde el actor acreditó su acción de cumplimiento de contrato y, sus prestaciones fueron parcialmente procedentes; mientras que las excepciones y defensas opuestas por la parte demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**, resultaron parcialmente procedentes, en consecuencia;*

SEGUNDO.- *Se condena a la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.** al pago de la cantidad que por concepto de indemnización sea determinada en ejecución de sentencia y, en términos de lo que establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, así como los intereses moratorios que se generen a partir del dictado de la sentencia, a favor del actor*

TERCERO.- *Se absuelve a la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.** de la prestación identificada con el inciso “c)” que le fue reclamada por el actor.*

CUARTO.- *No se hace condena alguna al pago de costas.*

QUINTO.- *NOTIFÍQUESE...”*

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



5.- No estando conformes las partes con la anterior determinación, promovieron cada una amparo directo; juicios de los cuales conoció y resolvió el H. Sexto Tribunal Colegiado del Primer Circuito, bajo los números de expediente _____, concediendo a los quejosos el Amparo y Protección de la Justicia de la Unión, para los efectos precisados en cada una de las ejecutorias, de las cuales se destacan los lineamientos a seguir para su cumplimiento, en los siguientes términos:

1) LINEAMIENTOS DEL AMPARO DIRECTO: SEGUROS
ATLAS, S.A.)

*“...**QUINTO.-** Son por una parte **inoperantes**, por otra **infundados**, y en lo demás, **fundados**, los conceptos de violación que expresa la peticionaria de amparo en lo principal y suficientes para conceder la protección constitucional, en la medida que más adelante se precisará. [...]*

ESTUDIO

En principio es menester precisar que la sentencia reclamada fue emitida en cumplimiento a la ejecutoria pronunciada el ocho de julio de dos mil veinte, en el juicio de amparo _____, en la que se concedió la protección constitucional, para los efectos siguientes:

*“... El amparo se concede para el efecto de que, la sala responsable deje insubsistente la sentencia reclamada, y en su lugar, emita otra en la que, reitere las consideraciones que no fueron motivo de la concesión de amparo, en particular, lo concerniente a los daños del vehículo; y al emprender el estudio de los agravios expresados por el actor apelante, se ciña, estrictamente a lo que fue materia de la litis, y **partiendo de la base de que no fue materia de ésta, la existencia del daño, sino la gravedad de la lesión sufrida por el actor en su persona, y que sea o no atribuible al accidente**, previa valoración de las pruebas ofrecidas por el actor; ciñéndose a las directrices de esta ejecutoria, resuelva lo que conforme a derecho corresponda...”*



Para mayor ilustración se reproducen en lo que interesa, las consideraciones que sustentan la concesión del amparo que, en lo que interesa, son del tenor siguiente:

*“... De lo que se advierte que es acertado lo esgrimido por el quejoso, en lo que concierne a que **no fue materia de la litis la existencia del daño, tan es así que la demandada le expidió pase médico al demandante, sino que la controversia gira en torno a la gravedad de la lesión sufrida por el actor, y que sea atribuible al accidente.***

Luego, es claro que los razonamientos de la sala responsable en torno a que el demandante no acreditó que el daño reclamado haya sido como consecuencia del accidente ocasionado por el asegurado de la demandada; conclusión a la que arribó en función de la valoración de las documentales concernientes a los estudios médicos, diagnósticos, y otros documentos hospitalarios, son ilegales; ello, en tanto que **demostrada la existencia del daño, correspondía a la demandada, demostrar que no era de la magnitud que expresó el actor, y que se revela a través de las diversas documentales que para tales fines exhibió; y en su caso, que tales daños no fueron consecuencia directa del accidente** provocado por su asegurado; **situación que según se advierte, no aconteció,** ya que su estrategia defensiva se centró en demeritar el daño, y la correlación de éste, con el accidente, basado en el documento que refiere la biomecánica del accidente...”

En ese sentido, es claro que los argumentos en donde la quejosa esgrime que es ilegal que la sala responsable haya revertido la carga probatoria para acreditar sus excepciones, sin que la demandante haya acreditado su acción, son inoperantes, en la medida que lo razonado por la responsable en torno a las cargas probatorias, como se ha visto, se emitió en cumplimiento a las directrices del fallo protector, pues allí claramente se estableció que no fue materia de la litis la existencia del daño, sino que la litis giraba en torno a la gravedad de la lesión, y que ésta sea atribuible al accidente ocasionado por el asegurado; de tal suerte que no pueden ser materia de examen los argumentos concernientes a la existencia del daño.

Por otra parte, es inoperante lo esgrimido acerca de que conforme a la Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del Adulto, y que con la documental denominada “Biomecánica del Accidente de Trafico”, concatenadas con el cúmulo probatorio, se acredita que las lesiones del actor no requerían cirugía, pues en las lesiones meniscales asintomáticas se recomienda tratamiento conservador.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Así se estima, cuenta habida que, en principio, fue correcto que la sala responsable considerara como literatura sugerente a la documental denominada *Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del Adulto*, pues como su nombre lo indica, ciertamente se trata de una guía acerca del Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos, es decir, ilustra al profesional médico, acerca de cómo actuar en las lesiones materia de estudio; empero, lógicamente, previamente se debe establecer qué tipo de lesión sufrió el demandante, pues si bien la quejosa afirma que la lesión no ameritaba cirugía, pero no deja de ser una afirmación subjetiva que no está sustentada en alguna prueba idónea y concluyente, como lo sería la pericial en la especialidad de que se trata.

Inclusive, del contenido de la citada guía, se advierte que allí obra la siguiente leyenda:

“... Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área práctica...”

De manera que, al tenor de ello, se estima acertada la valoración que, de esa documental, realizó la sala responsable.

En ese sentido, aun cuando es cierto que la demandada hoy quejosa ofreció como prueba de su parte, la documental denominada *“Biomecánica del Accidente de Trafico”*, lo cierto es que, tampoco sería apta para demostrar la magnitud del daño sufrido por el actor, pues según se advierte, allí se manejan hipótesis acerca de los resultados esperados en cierto tipo de accidentes, pero no es concluyente para establecer que la lesión sufrida ameritaba o no cirugía, pues tal conclusión es propia de una prueba pericial que no fue rendida en juicio por quien tenía la carga de la prueba.

De igual forma es inoperante lo aducido en torno a que fue ilegal la valoración de las pruebas contenidas en la carpeta penal 37-2016-0012524 de la fiscalía del Estado de Chihuahua.

Lo anterior, pues según se advierte, esa cuestión también fue motivo de la concesión de amparo en la ejecutoria al tenor de la cual, en su cumplimiento, la sala responsable emitió la sentencia reclamada, y en la que, se estableció que era incorrecto negarles valor probatorio, en función de que obraban en la carpeta penal que fue



ofrecida como prueba por ambas partes, como se desprende de la siguiente consideración:

*“... De igual forma, es fundado lo esgrimido en torno a la incorrecta valoración de la carta de uno de marzo de dos mil dieciséis, en la medida que efectivamente, dicho documento también fue ofrecido por la aseguradora, **pues obra en la carpeta penal que fue ofrecida como prueba por ambas partes**, y la objeción documental fue genérica; **de tal suerte que fue incorrecto negarle valor probatorio por falta de ratificación...**”*

En ese sentido, claramente son inoperantes los argumentos en donde acusa parcialidad de la responsable, por el hecho de conceder valor probatorio a las documentales que constan en las copias certificadas de la carpeta penal, pues se parte de la base que al ser ofrecidas por ambas partes, éstas lógicamente se sujetan a su valor probatorio.

Inclusive, es contradictorio su argumento, en la medida que por una parte alega que las pruebas ofrecidas de su parte, debieron administrarse con las que obran en la carpeta penal ofrecida por la parte actora, en función que también se señalaron como pruebas de su parte; y por otra, alega que fue ilegal que se les haya concedido valor probatorio.

Asimismo, es inoperante lo esgrimido en relación a que el actor no acreditó el nexo causal entre el siniestro y la gravedad del daño en la rodilla, así como la necesidad de la presunta cirugía, y que el daño es consecuencia directa del siniestro.

Se dice que es inoperante ese motivo de disenso, cuenta habida que como se precisó con antelación, en la ejecutoria de amparo se estableció claramente que al no ser materia de la litis la existencia del daño, la carga de la prueba para desvirtuar la gravedad de la lesión, y que ésta es consecuencia directa del siniestro, conforme a las excepciones opuestas, corresponde a la demandada; de tal suerte que tales argumentos devienen inoperantes.

De manera que también es inoperante lo aducido en torno a que es ilegal que la responsable otorgue la presunción legal en favor del actor, revierta la carga de la prueba, y considere que su mandante no acreditó el cumplimiento de la póliza, en lo que corresponde a la reparación del daño al tercero; ello, pues como se ha visto, tales razonamientos se emitieron en acatamiento al fallo protector, por lo que no fueron emitidos en plenitud de jurisdicción.

*Por otra parte, el **segundo concepto de violación**, es inoperante en un aspecto, y parcialmente fundado en otro.*



Así, en principio es fundado lo esgrimido acerca de que la sala responsable omitió precisar que la condena decretada en contra de la aseguradora hoy quejosa, sólo procedería hasta el límite señalado en la carátula de la póliza, en correlación con el punto “3”, incisos 3.1 y 3.2, de la cláusula 1ª de las condiciones generales de la póliza, en donde se establecen los límites señalados para la cobertura de responsabilidad civil por daños en los bienes y en la persona.

Lo anterior es así, pues según se aprecia, el emprender el estudio de la excepción de “Falta de acción y derecho para reclamar de mi poderdante todas y cada una de las prestaciones que se contienen en el capítulo respectivo”, se limitó a razonar que era parcialmente procedente, ya que no resultaron procedentes todas las prestaciones, pero ciertamente, dejó de analizar la citada excepción, en la forma en que fue planteada, pues de su contenido se advierte que allí se hace remisión expresa a los argumentos que expuso la demandada en torno a la procedencia de las prestaciones reclamadas, entre éstas, las del apartado b), en donde se alude al límite máximo de responsabilidad de las coberturas de responsabilidad civil.

De manera que, si bien como señala la quejosa, en una parte, la sala responsable la condena al cumplimiento del contrato de seguro, pero omite atender a lo alegado en la excepción de mérito; tal situación evidentemente torna fundado el motivo de queja que se examina.

En otra parte, es **inoperante** lo alegado en torno a que es improcedente que la aseguradora cubra el cien por ciento de los salarios, ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social pagó el sesenta por ciento, por lo que sólo se tiene que cubrir el cuarenta por ciento, así como las cantidades erogadas por el restablecimiento, como la resonancia magnética, las sesiones de rehabilitación pagadas, cotización de operación y terapias posteriores; sin que sea procedente el pago de las que se sigan generando.

Lo anterior, pues como se advierte de la sentencia reclamada, la sala responsable condenó a la demandada hoy quejosa, al pago del cuarenta por ciento de los salarios del demandante, por el periodo allí señalado; y por otra parte, respecto del pago de las que se sigan generando, consideró que no era procedente dicha pretensión, al tenor de las consideraciones siguientes:

“... Por otro lado, **no procede realizar condena alguna en los términos del inciso ‘c’ del capítulo de prestaciones, en que el actor reclama el pago de los daños que se sigan generando, debido a que los daños generados serán indemnizados por la aseguradora demandada, bajo el pago de una suma en dinero, toda vez que de esa forma fue reclamado**, es decir, el actor no reclamó el que se continuará con el tratamiento médico a costa de la aseguradora para el



restablecimiento del daño, para de esa forma poder establecer la obligación por parte de la aseguradora en seguir cubriendo los gastos que se generarán hasta la total restitución de la salud del afectado, ya que incluso se reclamó -y resulta procedente- el pago de la cotización de operación y rehabilitación posterior.
(...)

Expuesto todo lo anterior se tiene que **las cantidades que deberán integrar el pago de la indemnización corresponden por cuanto a los salarios que dejó de percibir el actor debido a la incapacidad sufrida, en que el sesenta por ciento (60%) de dicho salario fue subsidiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de incapacidad del cuatro de febrero de dos mil dieciséis, al dieciocho de agosto de dos mil diecisiete, como lo revela el informe que como prueba superveniente se admitió al proceso; por lo que en ejecución de sentencia deberá establecerse el cuarenta por ciento que corresponde al salario dejado de percibir y, por el período señalado.**

De igual forma, deberá integrar el monto de la condena las cantidades que el actor pago por el restablecimiento de su afección en la rodilla derecha, como lo es, el estudio de resonancia magnética en términos de la factura expedida por Operadora de Hospitales Ángeles, S.A. de C.V., por, más sesiones de rehabilitación pagadas, así como cotización de operación y terapias posteriores, en términos de las facturas exhibidas...

Lo anterior, sin que pase inadvertido que lo concerniente a la prestación c), fue motivo de estudio en el diverso juicio de amparo , promovido por el actor , y que está relacionado con el que aquí se resuelve, por lo que al margen de que los motivos de queja que se examinan resulten inoperantes, de cualquier forma, ya se resolvió lo concerniente a la procedencia de ésta, en el diverso juicio constitucional.

No obstante, es **fundado** lo esgrimido acerca de que, del monto resultante de la condena, debe descontarse el monto que ya fue cubierto con motivo de la atención médica que recibió el demandante, pues según se advierte, la sala responsable condenó al cumplimiento del contrato de seguro, pero no se pronunció acerca de los gastos que originalmente efectuó la empresa de seguros con motivo de la atención médica que recibió el demandante al amparo del pase médico que le extendió, por lo que de igual forma, es procedente que la responsable se pronuncie en torno a los pagos efectuados por la aseguradora.

En otro aspecto, es **inoperante** lo alegado en cuanto a que, respecto de la indemnización por el daño causado al vehículo del tercero afectado, sólo procede el pago del monto de \$4,207.54 (cuatro

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



mil doscientos siete pesos 54/100 Moneda Nacional), conforme al informe de valoración de veintinueve de abril de dos mil dieciséis.

Así se estima, pues al respecto, la sala responsable ya se pronunció sobre lo aquí alegado, resolviendo precisamente que sobre los daños materiales ocasionados al vehículo del actor, sólo procedería considerar la cantidad establecida en el informe de valoración de veintinueve de abril de dos mil dieciséis, al tenor de lo siguiente:

“... En ese sentido la cantidad que la parte actora reclamó como consecuencia del cumplimiento de contrato deberá descontarse los conceptos que excedan de la cantidad de \$4,207.54 (cuatro mil doscientos siete mil (sic) 54/100 m.n.) por los daños materiales a su vehículo, pues como se ha establecido estos no resultan procedentes, cuenta habida que la aseguradora demandada expresó su disposición a pagar la suma indicada y, que fue determinada por ella ...”

De cuyo contenido se advierte que la sala responsable se pronunció expresamente en torno a la citada cantidad, por lo que al tratarse de un aspecto que fue examinado en los términos pretendidos por el quejoso, sus argumentos resultan inoperantes.

Por otra parte, es parcialmente **fundado** pero inoperante lo esgrimido en el **tercer concepto de violación**, en donde alega que es infundada la condena al pago de los salarios que dejó de percibir el actor por la incapacidad sufrida, y las cantidades que éste pagó para el restablecimiento de su rodilla, en términos de la cláusula 3ª “Riesgos no Amparados”, que establece que se excluye cualquier perjuicio, sanción, gasto, multa, infracción, pérdida, daño indirecto u obligación distinta de la reparación del daño material, por lo que no es dable condenarla por esos conceptos, pues no pueden catalogarse como daño, sino en todo caso, como un perjuicio, derivado de los daños sufridos, que por tanto es improcedente la condena, como se hizo valer en la excepción de “Falta de acción y derecho por lo que hace al pago de daños y perjuicios”; empero que la responsable se limitó a señalar que era improcedente, que la cláusula tercera sólo aplica para el asegurado; y que sólo excluye los perjuicios indirectos; lo cual, la quejosa lo considera infundado, pues señala que la cláusula tercera no sólo es aplicable al asegurado, sino también cuando éste tenga que afrontar el pago de estos a un tercero.

Se dice que es parcialmente **fundado** pero **inoperante** dicho motivo de queja, cuenta habida que como se aprecia de la sentencia reclamada, la sala responsable al emprender el estudio de la excepción de “Falta de acción y derecho por lo que hace al pago de daños y perjuicios”, razonó que era improcedente dicha argumentación defensiva, bajo la premisa que la cláusula tercera sólo aplica para el asegurado, y que sólo excluye los perjuicios indirectos.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Y al respecto, la quejosa esgrime que la citada cláusula no sólo es aplicable al asegurado, sino también cuando éste tenga que afrontar el pago de estos a un tercero; argumento que se estima fundado.

Para mayor ilustración, es conveniente reproducir el punto “6” de la citada cláusula, que establece:

“CLÁUSULA 3ª. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.

Este seguro en ningún caso ampara:

1.(...)

6. Cualquier perjuicio, sanción, gasto, multa, infracción, pérdida, daño indirecto u obligación distinta de la reparación del daño material que sufra o tenga que afrontar el Asegurado, incluyendo los que pudieran derivarse por la privación del uso del vehículo.”

De cuyo contenido se advierte que, en efecto, en el referido apartado se excluyen los riesgos que no están amparados en el contrato, en particular los precisados en el apartado “6”, de la referida estipulación, entre ellos, cualquier perjuicio, daño indirecto u obligación distinta del daño material, que sufra o tenga que afrontar el asegurado, e incluye, aquellos que pudieran derivarse por la privación del uso del vehículo.

En ese sentido, si bien es verdad que en dicha estipulación se alude a los daños que sufra el asegurado, o los que tenga que afrontar, con lo cual, se entiende que comprende aquellos que deriven de la responsabilidad en que incurra, por lo que, lo aducido por la responsable en el sentido de que únicamente es aplicable al asegurado, es erróneo, en tanto que, como el tercero dañado reclama el cumplimiento del contrato de seguro, se le considera como beneficiario directo del seguro desde el momento del siniestro, conforme a lo dispuesto en el artículo 147 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; y en ese tenor, lógicamente, para que el tercero dañado tenga derecho a reclamar el cumplimiento del contrato, en su calidad de beneficiario, es menester que en la póliza esté prevista la cobertura de responsabilidad civil, y sus alcances; de tal suerte que si bien le son vinculantes las estipulaciones del contrato de seguro, pero sólo en lo que resulten aplicables.

De manera que, si el seguro comprende la responsabilidad civil del asegurado, entonces, la empresa de seguros estará obligada a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro, hasta el límite de la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en el artículo 145 de la ley de la materia.

Por otra parte, no debe perderse de vista que cualquier restricción debe estar expresamente estipulada en forma clara y



precisa, para que pueda operar en contra del asegurado o beneficiario del seguro.

Es ilustrativo, el criterio sostenido por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, en la tesis I.3o.C.1053 C (9a.), visible en la página 2410, Libro XIII, Octubre de 2012, Tomo 4, Décima Época, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, que dice:

“CONTRATO DE SEGURO. ANTE INEXACTITUDES EN LA PÓLIZA, SUS CLÁUSULAS DEBEN INTERPRETARSE EN FAVOR DEL ASEGURADO. En la formación del contrato de seguro existen deberes recíprocos de información, sustentados en las reglas de convivencia y de solidaridad social. En esencia, el deber recíproco de información nace como una manifestación de la buena fe contractual y, en ocasiones, se funda en un texto legal y, en otras, carece de fuente normativa; sin embargo, en todos los casos se sustenta implícitamente en la buena fe y en lo que verosímilmente las partes entendieron o pudieron entender obrando con cuidado y previsión. De esa forma, las partes antes de perfeccionar el contrato se deben consideración y lealtad, con el objeto de evitar errores, por lo cual, la regla sustancial en la formación de un contrato de seguro, sea dicho en términos simples, es la de hablar claro y no incurrir en inexactitudes sobre circunstancias que, de haber sido informadas correctamente, habrían obstado a la celebración del contrato o, de haberse suscrito, lo habría sido con un contenido diverso. En nuestro país, el deber recíproco de información se encuentra materializado en los artículos 1o., 5o., 6o. y 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro; 24 y 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de los que se desprende que las empresas aseguradoras tienen el deber de informar a los asegurados, contratantes y beneficiarios sobre el alcance, términos, condiciones, exclusiones y limitantes de los seguros contratados. Deber de información que encuentra su justificación en la necesidad de establecer un equilibrio desde el inicio mismo de los tratos precontractuales, porque la naturaleza del contrato de seguro es notablemente económica, ya que los entes que, en forma general, participan en él, no se encuentran en el mismo plano de igualdad, máxime cuando la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros faculta a las aseguradoras para utilizar contratos de adhesión, por virtud de lo cual, los asegurados no tienen posibilidad alguna de cuestionar los términos de un contrato de seguro, que al ser de adhesión simplemente se suscribe o no. Ahora, en el plano internacional ese acceso de información, se encuentra regulado en las Directrices de las Naciones Unidas para la Protección del Consumidor, en sus puntos 21, 22 y 23, que lo sitúan como un derecho fundamental, establecido a favor de los consumidores, que busca que exista un trato justo, entre los mismos, para que puedan tomar decisiones fundadas e independientes, a través de información precisa sobre el producto adquirido. De ahí que sea

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



obligación de la aseguradora emplear en sus contratos de adhesión locuciones comprensibles y transparentes que permitan apreciar con naturalidad el alcance de las obligaciones contraídas, so pena que ante la oscuridad de las cláusulas en dichos contratos, éstas sean interpretadas a favor de los asegurados, para que no se lesionen sus intereses; es decir, debe buscarse que el acuerdo prevalezca, pero interpretado de una manera favorable al consumidor, a quien no le es imputable la redacción del contrato.”

De manera que, si por virtud del contrato se seguro, la aseguradora se obligó a indemnizar por los daños y perjuicios que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro, entonces, si con motivo del siniestro el asegurado ocasionó daños en los bienes y persona del tercero demandante, lógicamente está obligado a indemnizarlo; de tal suerte que, si la empresa aseguradora se obligó a responder por los daños causados por su asegurado, entonces, cualquier restricción a ese derecho, debe estar estipulado en forma clara y precisa, pues en principio, el tercero dañado tiene derecho a la indemnización hasta el límite de la suma asegurada.

Es ilustrativo al caso, el criterio sostenido por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, en la tesis número I.3o.C.822 C, visible en la página 2103, Tomo XXXII, Julio de 2010, Novena Época, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, que dice:

“VALOR ASEGURADO EN EL SEGURO CONTRA LA RESPONSABILIDAD CIVIL. SU DETERMINACIÓN Y LÍMITE EN RELACIÓN AL TERCERO DAÑADO. El artículo 147 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone que el seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considera como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro. **Esta disposición atribuye una acción directa al tercero dañado para exigir a la aseguradora la indemnización correspondiente hasta el límite de la suma y el valor real asegurado.** Sin embargo, esta subrogación no significa que el tercero se sustituya al asegurado en calidad de parte del contrato de seguro y se encuentre obligado a cumplirlo en sus términos, ya que y que le resulte un débito en su persona. En el caso de los seguros contra la responsabilidad civil en los bienes, el valor asegurado no se puede identificar con lo que las partes fijaron en el contrato de seguro para el caso de la pérdida total de un vehículo del asegurado, o beneficiario original. **Es decir, en esa clase de seguro el valor asegurado es aquel equivalente al débito a cargo de la persona asegurada que provocó el daño y que afecta su patrimonio, de donde le surge la obligación de restablecer las cosas a la situación anterior,**

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



si es posible, o al pago de daños y perjuicios; de ahí que si la obligación de la empresa de seguros es dejar indemne a su asegurada, esto es, que ese evento dañoso que le es atribuible no le afecte su patrimonio al reflejarse como un pasivo, **debe satisfacer ese daño al tercero conforme a esas reglas, esto es, restableciendo las cosas a la situación anterior o pagando los daños y perjuicios,** y es ese derecho nacido al amparo de la realización del siniestro el que puede reclamar el tercero, **quien solamente se encuentra sujeto al límite de la suma y al valor asegurado, esto es, a la cantidad que como máximo puede cubrir la empresa de seguros y al valor real y concreto que derivó de la responsabilidad civil a cargo de la persona asegurada,** como deriva del artículo 86 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.”

Corolario de lo anterior, es que a pesar de ser fundado el motivo de queja que se examina, resulta **inoperante**.

Por otra parte, son **infundados** los argumentos del **cuarto concepto de violación**, en donde alega que la sala responsable dejó de atender debidamente la excepción de “Enriquecimiento ilícito o cobro de lo indebido”, pues considera que los razonamientos al tenor de los cuales desestimó dicha excepción, son insuficientes.

Lo anterior es así, cuenta habida que si bien es verdad que la demandada hoy quejosa demostró la existencia de un procedimiento del orden penal instaurado en contra del asegurado , en el que incluso, conforme a la prueba superveniente que le fue admitida durante la substanciación del juicio natural, en la que se emitió sentencia condenatoria por lo que ve a la responsabilidad penal, así como respecto de la reparación del daño; empero, tal circunstancia no trae consigo que sea improcedente la acción, o la procedencia de las prestaciones reclamadas.

Esto, toda vez que con independencia que los hechos que dieron origen tanto al procedimiento criminal, como al civil, derivan del accidente vial cuya responsabilidad se atribuye al asegurado , y que en ambos procedimientos se pretende la reparación del daño, aunque en el juicio civil se reclame en vía de cumplimiento de contrato de seguro; empero, tal circunstancia no trae consigo que actualice por sí, el cobro de lo indebido o el de enriquecimiento ilícito, pues las citadas figuras, si bien pueden oponerse en vía de excepción, pero la mera emisión de la sentencia del orden penal no configura el cobro de lo indebido, en la medida que no se actualizan los elementos de tales figuras jurídicas, con independencia que son de naturaleza jurídica distinta una y otra; de ahí que es infundado que con ello se acredite la falta de acción y de derecho del accionante.



Por lo demás, son inatendibles los argumentos concernientes a que contra la sentencia a que se ha hecho mérito, su mandante interpuso recurso de apelación por virtud del cual, se revocó dicho fallo condenatorio, pero que posteriormente, se concedió el amparo al actor, y en cumplimiento a dicho fallo, nuevamente se emitió sentencia condenatoria, con lo que –dice–se actualiza la excepción hecha valer, ya que se condena en la instancia mercantil y la penal a la reparación del daño.

Lo anterior es así, pues si bien la quejosa adjuntó a su demanda de amparo, la sentencia dictada en el toca , pronunciada por la Quinta Sala Penal Regional, Sala Unitaria de Casación, con motivo del recurso de casación interpuesto por el sentenciado y la víctima, en contra de la sentencia condenatoria de nueve de mayo de dos mil diecinueve, dictada en el proceso oral penal , seguido por el delito de lesiones en contra de

; empero lo cierto es que tal documental no lo tuvo a la vista la sala responsable emisora de la sentencia reclamada, pues inclusive, fue pronunciada con posterioridad a ésta, por lo que no es dable tomarla en cuenta para resolver en este juicio constitucional, conforme a lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley de Amparo, que establece que en las sentencias que se dicten en los juicios de amparo el acto reclamado se apreciará tal y como aparezca probado ante la autoridad responsable y que no se admitirán ni se tomarán en consideración las pruebas que no se hubiesen rendido ante dicha autoridad.

No pasa inadvertido que en torno al tópico que se examina, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, emitió criterio al resolver la contradicción de tesis 227/2013, de la que derivó la jurisprudencia número 1a./J. 43/2014 (10a.), visible en la página 478, Libro 9, Agosto de 2014, Tomo I, Décima Época, de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, que dice:

“RESPONSABILIDAD CIVIL OBJETIVA. POR REGLA GENERAL ES IMPROCEDENTE SI YA SE CUBRIÓ LA INDEMNIZACIÓN DETERMINADA EN UN PROCESO PENAL PARA REPARAR EL DAÑO. Una vez que en un proceso penal se ha condenado a la reparación del daño, por regla general no se puede demandar posteriormente en un proceso civil desvinculado del proceso penal la responsabilidad objetiva del propio inculpado o de un tercero, toda vez que en ambos casos la responsabilidad civil que se reclama en ese segundo proceso es con motivo de la misma acción y el mismo daño. **En este sentido, debe señalarse que la responsabilidad civil subjetiva derivada de un delito no tiene una "naturaleza distinta" a la responsabilidad civil objetiva.** No obstante, en el supuesto antes señalado, **excepcionalmente podrá acudir a la vía civil cuando pueda apreciarse claramente que la**

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



legislación civil permite una mayor amplitud indemnizatoria en comparación con la legislación penal, de tal manera que la acción de reparación de daño en la vía civil pueda dar lugar a un mayor beneficio económico como resultado de una regulación más favorable para la víctima de la cuantificación del daño. Desde luego, dicha excepción no implica que en este supuesto el ofendido pueda hacer exigible la reparación del daño en la vía civil de manera completamente autónoma. La cantidad que eventualmente se conceda por concepto de reparación del daño en el proceso civil deberá descontar la indemnización que se haya cubierto con motivo de la condena decretada en el proceso penal.”

De cuyo contenido se advierte que en principio no es dable que una vez que se ha dictado sentencia en un proceso penal, en la que se condena a la reparación del daño, no procede un posterior juicio de responsabilidad civil, salvo que la legislación civil permita una mayor amplitud indemnizatoria en comparación con la legislación penal, que pueda dar lugar a un mayor beneficio económico; empero, por otra parte, no puede ser autónomo del proceso penal, por lo que, en el proceso civil posterior, se deberá descontar la indemnización que se haya cubierto con motivo de la condena decretada en el proceso penal.

No obstante, si la quejosa no acredita que en aquél procedimiento del orden penal se haya efectuado pago en concepto de condena de reparación del daño, entonces, lógicamente no se actualiza el supuesto previsto en el citado criterio jurisprudencial.

En ese sentido, al tenor de las consideraciones precedentes, es **inoperante** lo alegado en el **quinto motivo de queja**, en donde la quejosa alega que la sala responsable no motivó la desestimación de la excepción referida en el tercer concepto de violación, al dejar de valorar la prueba superveniente, consistente en la sentencia de nueve de mayo de dos mil diecinueve, emitida por el Tribunal de Enjuiciamiento Penal del Distrito Judicial Bravos, pues con motivo de ello, se actualizó la figura de la cosa juzgada refleja, cuyo estudio es oficioso, lo que se corroboró con la sentencia de diez de noviembre de dos mil veinte, dictada en el toca .

Es **inoperante** dicho motivo de queja, toda vez que en principio, como se estableció con anterioridad, no es dable tomar en consideración pruebas que la responsable no tuvo a la vista al dictar la sentencia reclamada; de tal suerte que si la sentencia en que la quejosa sustenta la actualización de la cosa juzgada refleja, se emitió con posterioridad a la que constituye el acto reclamado, es evidente lo inoperante de sus argumento (sic).

Finalmente, son parcialmente **fundados**, pero a la postre, inoperantes los argumentos del **sexto concepto de violación**, en



donde la quejosa alega que la sentencia reclamada es incongruente, pues la sala responsable deja de observar que respecto de la procedencia del pago de la indemnización, en caso de que proceda, deberá calcularse conforme a la Unidad de Medida y Actualización “UMA”, y al valor de ésta en la fecha de los hechos controvertidos, atendiendo a la conversión que proceda conforme a la Ley Federal del Trabajo, por lo que es incongruente que por una parte se pretenda una indemnización en base a porcentajes; y por otra, fundamenta la improcedencia del pago de los premios de puntualidad y asistencia, con base en el artículo 1915, del Código Civil Federal, el cual señala que los montos de indemnización deben realizar conforme a la Ley Federal del Trabajo, conforme a la Unidad de Medida y Actualización, es decir, que el cálculo de la indemnización debe hacerse sobre cantidades y no sobre porcentajes.

En efecto, se dice que es **fundado** lo esgrimido, pues en efecto, en lo que respecta a la condena al pago de los daños que reclamó el actor en función de los salarios que dejó de percibir con motivo de la incapacidad para trabajar que derivó de la lesión sufrida con motivo del accidente de tránsito, estableció procedente su cálculo conforme al 40% (cuarenta por ciento), del monto del salario percibido por el demandante, que no cubrió el Instituto Mexicano del Seguro Social; mientras que, por cuanto a los premios de puntualidad y asistencia, decretó su improcedencia, en función de que conforme a los artículos 1915 del Código Civil para la Ciudad de México, y 491 de la Ley Federal del Trabajo, cuando el daño de la persona produzca incapacidad parcial permanente, deberá indemnizarse con el pago íntegro del salario que se deje de percibir; y que los premios de puntualidad y asistencia no integran salario; de tal suerte que es fundado el argumento de incongruencia alegada.

Sin embargo, es **inoperante**, toda vez que la condena al pago de los daños ocasionados con motivo del accidente de tránsito, que derivaron en incapacidad para trabajar, se estableció, como se ha dicho, en función del porcentaje del 40% (cuarenta por ciento), del salario que no cubrió el Instituto Mexicano del Seguro Social; de tal suerte que, por tal razón no era aplicable el parámetro de indemnización establecido en el artículo 1915 del Código Civil para la Ciudad de México, pues no era procedente condenar a la demandada en los términos señalados en dicha porción normativa.

En suma, como se ha visto los conceptos de violación resultaron por una parte infundados e inoperantes, y por otra, fundados, por lo que quedó demostrada la inconstitucionalidad de la sentencia reclamada, y es procedente conceder a la quejosa en lo principal, la protección constitucional solicitada.

El amparo se concede para el efecto de que la sala responsable, en primer lugar, deje insubsistente la sentencia



reclamada; y, en su lugar emita otra en la que reitere las consideraciones que no fueron motivo de la concesión de amparo; y, atendiendo a las directrices de esta ejecutoria, determine que el monto de la condena resultante sólo procederá hasta el límite señalado en la carátula de la póliza, en correlación con el punto “3”, incisos 3.1 y 3.2, de la cláusula 1ª de las condiciones generales de la póliza, en donde se establecen los límites señalados para la cobertura de responsabilidad civil por daños en los bienes y en la persona; y de igual forma, al establecer la condena al pago de las prestaciones reclamadas, deberá tomar en consideración los gastos que originalmente efectuó la empresa de seguros con motivo de la atención médica que recibió el demandante al amparo del pase médico que le extendió.
[...]

En las relatadas condiciones, al ser inoperantes los motivos de queja examinados, es procedente negar al quejoso adherente la protección constitucional solicitada.

Por lo expuesto, fundado y con apoyo además en lo dispuesto por los artículos 103, fracción I y 107, fracción III, inciso a) de la Constitución General de la República; 1o., fracción I, 73 a 77, 183, 184, 188 y 189, todos ellos de la Ley de Amparo; 37, fracción I, inciso c) y 38 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, se resuelve:

PRIMERO. Para los efectos precisados en el considerando quinto de esta ejecutoria, la Justicia de la Unión **AMPARA Y PROTEGE a Seguros Atlas, Sociedad Anónima,** contra la sentencia definitiva pronunciada por la Tercera Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, el veintidós de octubre de dos mil veinte, en el toca de apelación , y su ejecución atribuida al Juez Trigésimo de lo Civil de la Ciudad de México.

SEGUNDO. En el amparo adhesivo, se niega la protección constitucional al quejoso .

Notifiquese...”

2) LINEAMIENTOS DEL AMPARO DIRECTO:

“...QUINTO.- Son por una parte infundados, y por otra, fundados los conceptos de violación que expresa el peticionario de amparo, y conducen a conceder la protección constitucional, en la medida que más adelante se precisará.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: 30 | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



[...]

ESTUDIO

Son **fundados** los argumentos expresados al inicio del **primer concepto de violación**, y en el **tercero**, en donde el quejoso alude a la prestación consistente en los premios de asistencia y puntualidad.

Sobre el particular, es menester precisar que en la sentencia reclamada, la sala responsable, al abordar el estudio respecto de la procedente de esa pretensión de pago, estableció:

“...Asimismo **tampoco procede, el pago de los premios de puntualidad y asistencia** que su patrón le otorga y, que aduce siempre haber recibido, **debido a la falta de relación de inmediatez con el daño producido**, tratándose en todo caso de un agravamiento por factores producidos con posterioridad, cuenta habida que, es de explorado derecho que los daños deberán ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación y, en el caso particular **habrá que atender lo dispuesto por el artículo 1915 del Código Civil Federal**, que al efecto señala: (se transcribe).

Por su parte el artículo 491 de la Ley Federal del Trabajo dispone: (se transcribe).

Preceptos de los cuales permiten establecer que, en **la obligación a reparar el daño consistirá en el restablecimiento de la situación anterior cuando ello fuera posible, o en el pago de daños y perjuicios**, los que como se ha señalado **deberán ser consecuencia inmediata y directa del evento que los ocasionó**, por su parte **cuando el daño de la persona produzca incapacidad** parcial permanente, mientras subsiste la imposibilidad de trabajar, **deberá indemnizarse con el pago íntegro del salario que se deje de percibir, por lo que en este caso los premios de puntualidad y asistencia no integran salario**, de ahí su improcedencia...”

De cuyo contenido se advierte que las razones que sustentaron la negativa a incorporar a la condena, el pago de premios y asistencia y puntualidad, consistieron en principio, en la falta de inmediatez con el daño producido; y por otra parte, que tratándose de indemnización de daños y perjuicios, debe efectuarse con el pago íntegro del salario, pero que los premios de asistencia y puntualidad, no integran el salario.

Pues bien, en principio debe decirse que, conforme se estableció en la sentencia reclamada, atento a la causa de pedir del demandante, la acción de cumplimiento de contrato de seguro se hizo

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVNEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



bajo la forma de pago de daños y perjuicios, pues no reclamó propiamente el establecimiento de las cosas al estado que guardan antes del daño, es decir, el restablecimiento de la lesión sufrida, sino más bien, el pago del costo de la cirugía y el tratamiento de rehabilitación, más los gastos efectuados en el diagnóstico de la enfermedad y estudios de gabinete; así como los salarios que dejó de percibir con motivo de la incapacidad derivada de la lesión sufrida con motivo del accidente que le ocasionó el asegurado de la demandada.

Al respecto, el artículo 1915 del Código Civil para la Ciudad de México, establece:

“ARTÍCULO 1,915.- La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido, en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. **Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en el Distrito Federal y se extenderá al número de días que, para cada una de las incapacidades mencionadas, señala la Ley federal del Trabajo.** En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.”

Así pues, al elegir la reparación del daño mediante la indemnización de daños y perjuicios, si bien el Código Civil aplicable establece que tratándose de daño a las personas, la indemnización se calculará con el cuádruplo del salario mínimo diario más alto vigente en la Ciudad de México, por el número de días que establece la Ley Federal el Trabajo para la incapacidad de que se trate.

En el caso, el demandante eligió que se le indemnizara en función de restar el subsidio del sesenta por ciento, por incapacidad, otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, esto es, a razón del cuarenta por ciento de su salario, por el número de días que se vio imposibilitado para trabajar.

Pero también reclamó que se le pagaran los premios de puntualidad y asistencia que dijo, recibía adicionalmente de manera regular como parte integrante de su salario.

En torno a ello, el artículo 27, fracción VII, de la Ley del Seguro Social, que invoca el quejoso para sustentar su afirmación en el sentido que los citados premios forman parte del salario, establece:

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



“Artículo 27.- El salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo. Se excluyen como integrantes del salario base de cotización, dada su naturaleza, los siguientes conceptos:

I. (...)

VII. Los premios por asistencia y puntualidad, siempre que el importe de cada uno de estos conceptos no rebase el diez por ciento del salario base de cotización; ...”

De ahí que, a contrario sensu, si el monto de esos premios rebasa el diez por ciento del salario base de cotización, no estarán excluidos.

Por otra parte, el artículo 84 de la Ley Federal del Trabajo, establece:

“Artículo 84. El salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.”

Al respecto, es ilustrativo el criterio sostenido por el Tercer Tribunal Colegiado del Cuarto Circuito, en la tesis IV.3o.58 L, visible en la página 909, Tomo VIII, Agosto de 1998, Novena Época, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, que dice:

“SALARIO INTEGRADO, CONCEPTO. EN EL PAGO DE CONDENAS. De conformidad con el artículo 84 de la Ley Federal del Trabajo, el salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo, por lo que si la responsable condenó a la demandada a pagar a la actora el salario integrado y no el salario base, tal determinación se encuentra ajustada a derecho, de conformidad con el numeral citado.”

Ahora, en la sentencia reclamada se condenó a la demandada en lo que interesa, al tenor de lo siguiente

“... Expuesto todo lo anterior se tiene que las cantidades que deberán integrar el pago de la indemnización corresponden por cuanto a los salarios que dejó de percibir el actor debido a la incapacidad sufrida, en que el sesenta

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



por ciento (60%) de dicho salario fue subsidiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de incapacidad del cuatro de febrero de dos mil dieciséis, al dieciocho de agosto de dos mil diecisiete, como lo revela el informe que como prueba superveniente se admitió al proceso; por lo que **en ejecución de sentencia deberá establecerse el cuarenta por ciento que corresponde al salario dejado de percibir y, por el período señalado.**

De igual forma, deberá integrar el monto de la condena las cantidades que el actor pagó por el restablecimiento de su afección en la rodilla derecha, como lo es, el estudio de resonancia magnética en términos de la factura expedida por Operadora de Hospitales Ángeles, S.A. de C.V., por, más sesiones de rehabilitación pagadas, así como cotización de operación y terapias posteriores, en términos de las facturas exhibidas...”

De manera que, si la condena efectuada se basó en los salarios que dejó de percibir el actor debido a la incapacidad sufrida, y según se ha visto, los premios de puntualidad y asistencia, forman parte del salario; y, además, el actor demostró que los venía recibiendo en forma permanente y continua, según los recibos de pago que ofreció como prueba, entonces, por igualdad de razón, es procedente que se tomen en cuenta para integrar la indemnización de los daños y perjuicios reclamados por el demandante, adicionalmente a los determinados, pues es fundado lo esgrimido en el sentido de que tales conceptos no los hubiera dejado de percibir si no estuviere impedido para laborar como consecuencia del accidente.

[...]

En suma, al resultar infundados por una parte, y **fundados** por otra, los conceptos de violación examinados, quedó demostrada la inconstitucionalidad de la sentencia reclamada, y es procedente conceder al quejoso la protección constitucional solicitada.

El amparo se concede para el efecto de que, en primer lugar, deje insubsistente la sentencia reclamada, y en su lugar, emita otra en que la que reitere las consideraciones que no fueron motivo de la concesión de amparo, tanto en este juicio, como en el diverso relacionado , y atendiendo a los lineamientos de esta ejecutoria, determine que los premios por asistencia y puntualidad sí integran el salario, y por tanto, sí es procedente su condena; ello, en la inteligencia que acorde a la ejecutoria pronunciada en esta fecha, en el juicio de amparo , relacionado con este juicio constitucional, el monto de la condena no debe rebasar el límite de la cobertura de responsabilidad civil conforme a lo estipulado en la póliza de seguro y las condiciones generales; y con plenitud de jurisdicción, resuelva lo que conforme a derecho corresponda.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Por lo expuesto, fundado y con apoyo además en lo dispuesto por los artículos 103, fracción I y 107, fracción III, inciso a) de la Constitución General de la República; 1o., fracción I, 73 a 77, 183, 184, 188 y 189, todos ellos de la Ley de Amparo; 37, fracción I, inciso c) y 38 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, se resuelve:

ÚNICO. *Para los efectos precisados en el considerando quinto de esta ejecutoria, la Justicia de la Unión **AMPARA Y PROTEGE** a , por derecho propio, contra la sentencia definitiva pronunciada por la Tercera Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, el veintidós de octubre de dos mil veinte, en el toca de apelación .
Notifíquese...”*

6. Que recibido que fue el testimonio de la Ejecutoria Federal en esta Sala, por autos de fecha dos de julio de dos mil veintiuno, esta Sala dejó insubsistente la sentencia de fecha veintidós de octubre de dos mil veinte, pronunciada en este toca, ordenando oportunamente pasar los autos a la ponencia, a fin de emitir en su lugar nueva sentencia. La que, siguiendo los lineamientos trazados por la autoridad federal en las dos ejecutorias de mérito, se dicta al tenor de los siguientes:

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

I. Las partes, actora y demandada expresaron agravios mediante escritos presentados, los días nueve y diecinueve, ambos del mes de septiembre del año en curso; mismos que se examinan con base a las constancias de autos, que tienen pleno valor probatorio en términos de lo dispuesto por el artículo 1294 del Código de Comercio.

II. En primer lugar se procede a dar respuesta a los agravios hechos valer por la parte actora que en lo conducente señala textualmente en sus agravios:



“PRIMERO. La Sentencia definitiva causa un perjuicio al suscrito, porque el Juez confundió la acción intentada y la catalogo como una acción de responsabilidad civil objetiva, siendo que se trata de cumplimiento de un contrato de seguro.

En efecto, al hacer el estudio de los elementos de la acción del cumplimiento de un contrato de seguro, los Ministros de la Primera Sala de la Suprema Corte establecieron que se deben acreditar dos elementos (O tres, si se oponía la falta de pago de la primera de seguro, que en el presente juicio no ocurrió) y que son:

1. La existencia del contrato de seguro. Que quedó demostrado con la exhibición de la póliza de seguro número C01-1-10-276203 que presentó la aseguradora al momento de contestar la demanda y que al no haber sido objetada y ser exhibida por la aseguradora, prueba plenamente en su contra, demostrándose la existencia del seguro de automóvil con cobertura de responsabilidad civil y la relación contractual.
2. La ocurrencia del siniestro. Que quedó demostrado con la exhibición de la “Declaración Universal de Accidente, Volante de Admisión al Taller, Pase Médico y “Manifestación de hechos” que obra en copia certificada de la Carpeta Penal a fojas 34, 35, 36, y 128 en copia certificada de la Carpeta Penal que se agregó y exhibió como anexo 3 en el escrito de demanda.

Por lo que, acreditados esos dos elementos y de conformidad con el artículo 1º. Y 147 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es obligación de la aseguradora pagar la cobertura pactada a favor del suscrito como tercero beneficiario del seguro. Apoyo a lo anterior la tesis de jurisprudencia emitida por los Ministros de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX, Abril de 2009, tesis 1ª./J.114/2008, página 136, novena época, cuyo rubro dice:

“...CONTRATO DE SEGURO. AL NO SER EL PAGO DE LA PRIMA UN ELEMENTO DE LA ACCIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR RIESGO PRODUCIDO, NO ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO ACREDITAR ÉSTE PARA EJERCITARLA, SINO QUE CORRESPONDE A LA ASEGURADORA OPONER COMO EXCEPCIÓN LA FALTA DE PAGO PARA DESVIRTUARLA...”

Ahora bien, después de analizados los elementos dela acción y haberse acreditado los mismos, es inconcuso que la acción debió declararse procedente, pues no se trata de una acción de responsabilidad civil objetiva, si no de cumplimiento del contrato de seguro, por lo que en su caso debió procederse con el estudio de las excepciones para determinar si la acción era desvirtuada.



SEGUNDO. Ahora bien, juntamente con el agravio anterior y para demostrar que no se trata de una acción de responsabilidad objetiva, es importante precisar que esta busca determinar la verificación de un acontecimiento vinculado con la realización de una actividad o bienes sobre los que se tiene derecho de propiedad, causación de un daño y/o perjuicio, y relación causa-efecto entre el acontecimiento y el daño y/o perjuicio.

Pero en el presente caso de manera extrajudicial fue reconocido por el responsable y la aseguradora la responsabilidad civil hacia el suscrito, por lo que el juicio únicamente debió avocarse al estudio del contrato de seguro y su exigibilidad (indemnización), más no en los elementos de la responsabilidad civil que fue aceptada.

Para entender lo anterior, me permito referir que hoy en día es común la existencia de pólizas de seguro que se contratan para responder por los daños que se puedan causar a terceros y así el artículo 27 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, establece:

“Artículo 27. Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos señalados en los artículos 25 y 26 de esta Ley, son los siguientes:
X. Para el ramo de automóviles, el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdida del automóvil, y a los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil. Asimismo, las instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas a operar este ramo, podrán incluir en las pólizas regulares, los beneficios adicionales de gastos médicos y funerarios, y accidentes personales a ocupantes del vehículo;”

En la práctica, cuando en un accidente se causa un daño a un tercero por el uso de un vehículo, si el daño es a otro vehículo o una persona, el ajustador de la aseguradora hace una valoración de los hechos y si determina que su asegurado es el responsable, otorga un pase médico y un volante de admisión para responder por los daños causados.

En ese supuesto, los tres elementos de la responsabilidad civil señalados por el Juzgador quedan acreditados, porque se reconoce que, por el uso del vehículo, el asegurado causó un daño a un tercero y se acredita en ese mismo momento la relación causal de un elemento sobre otro.

Ahora bien, si durante la reparación de los daños la aseguradora considera que el monto a reparar es menor o que cierta lesión no fue provocada por el accidente, corresponde a la misma demostrar dicha circunstancia y oponerse a pagarla



acreditando sus afirmaciones, pero ese evento no hace de suyo que la acción deba resolverse en un juicio de responsabilidad civil objetiva, pues lo que se exige es el cumplimiento del contrato de seguro y que la aseguradora haga la reparación y deje indemne al suscrito.

Siendo inconcuso que sí la aseguradora aceptó el daño provocado por su asegurado a mi persona y vehículo, la responsabilidad civil objetiva no es materia de discusión, sino la determinación y límite del valor asegurado (indemnización) que se debe pagar y que cada una de las partes debe probar.

Lo anterior se afirma, porque desde que la aseguradora recibe el aviso de siniestro y **reconoce la responsabilidad de su asegurado**, se faculta al beneficiario para reclamar la obligación de pago hasta el monto que se cubra en la póliza de seguro de conformidad con los artículos 86, 145 y 147 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 86. En el seguro contra los daños, la empresa aseguradora responsable solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente.”

“Artículo 145. En el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga hasta el límite de la suma asegurada a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.”

“Artículo 147. El asegurado contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.”

Situación que implica el reconocimiento de la responsabilidad civil y, por ende, no hay necesidad de acreditarla, pues fue aceptada por la aseguradora al aceptar mi calidad de tercero beneficiario y solo debe determinarse y limitar el valor asegurado. Sirve de apoyo a lo anterior la ejecutoria emitida por los Magistrados del Tercer Tribunal Colegiado en materia Civil de Primer Circuito, publicado en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXII, Julio, tesis: 1.3º. C. 822 C, página 2103, novena época, cuyo rubro dice:

“...VALOR ASEGURADO EN EL SEGURO CONTRA LA RESPONSABILIDAD CIVIL. SU DETERMINACIÓN Y LÍMITE EN RELACIÓN AL TERCERO DAÑADO...”

Lo que claramente se demuestra que se trata de un juicio del cumplimiento del contrato de seguro y su indemnización, no de un juicio de responsabilidad civil objetiva.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



TERCERO. Explicado lo anterior, también la sentencia de marras conculca los derechos del suscrito, pues la verificación del siniestro y la declaración sobre los hechos y daños ocasionados constituyen un acto de buena fe que la aseguradora en caso de no estar de acuerdo en la forma en que ocurrieron debe desvirtuarse y el Juez sin considerar dicha circunstancia, obliga al suscrito a demostrar que sufría un daño en rodilla cuando la carga probatoria de ese evento es de la aseguradora.

En efecto, al darle aviso a la aseguradora y entregar toda la documentación requerida por la misma, su señoría debe tomar en cuenta que con fundamento en lo dispuesto por los artículos 66, 67, 68, 69, 70 y 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **la realización del siniestro cuenta con una presunción juris tantum, sobre la actualización del riesgo amparado en la póliza, y que a la aseguradora le corresponde la carga de la prueba para desvirtuar.**

Lo anterior se explica mediante el criterio sustentado por los Magistrados del Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, consultable a foja 1403 del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XVI de julio de 2002, novena época; cuyo epígrafe y texto me permito transcribir:

“...SEGUROS. EL AVISO DE ACCIDENTE CONSTITUYE UNA PRESUNCIÓN SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO EN LA PÓLIZA, QUE LA ASEGURADORA DEBE DESVIRTUAR...”

De tal suerte que, si el suscrito manifesté que sufrí un daño en mi rodilla al momento del accidente y ello se confirma por el **medico ortopedista de la aseguradora**, en carta de fecha **01 de marzo de 2016**, quien informó lo siguiente:

“...Por medio del presente me permito informar que el paciente, de 37 años de edad, acudió por primera vez a consulta con un servidor el día 11 de febrero de 2016, con antecedente de accidente automovilístico una semana previa, sufriendo impacto posterior en su auto, provocándole mecanismo de latigazo en columna cervical y traumatismo directo en rodilla derecha, al momento de la consulta presentaba signos clínicos de esquinco cervical y lesión de menisco bilateral de rodilla derecha, por lo que se le solicito ultrasonido de rodilla derecha, acude nuevamente a consulta el día 23 de febrero de 2016, persistiendo con dolor en rodilla derecha, acude con ultrasonido solicitado en donde se observa lesión del menisco medial sin embargo con reporte del radiólogo como estudio normal, se explora nuevamente al paciente y persiste con signos clínicos de meniscopatía. **SE SOLICITA RMN DE RODILLA DERECHA LA CUAL EL**



SEGURO MEDICO NO AUTORIZÓ (énfasis añadido) por lo que el px cubriría el costo de la misma, el px amerita cirugía artroscópica de rodilla derecha, por lo que debe cubrirse incapacidad hasta ser operado y posteriormente de acuerdo a su evolución”.

Debe tenerse como una declaración de buena fe que el daño sufrido en mi rodilla derecha es consecuencia directa del siniestro (Accidente automovilístico), pues es el propio medico (sic) de la aseguradora quien basándose en una valoración médica y las manifestaciones que realice lo determinó.

Es decir, no me dijo: Señor, ese golpe en su rodilla no corresponde a un accidente automovilístico o esa lesión lleva más de tres años con usted”, simple y sencillamente reconoció que las manifestaciones que hice fueron de buena fe y que eran acordes con el daño en mi rodilla, pero esa circunstancia no la valoró el Juez.

Asimismo, por cuanto hace al daño a mi vehículo sucedió una situación similar, pues se me otorgó por la aseguradora volante de admisión al taller ALDEN FORD y la valoración que hicieron determinó que sí hubo daños, pero se dejó de analizar que no estuve de acuerdo porque no se consideró el monto real de los mismos.

De tal suerte que si la aseguradora manifiesta que el daño a mi rodilla no pudo provocarse en el accidente y que monto de los daños a mi vehículo era menor (En la cantidad que ellos ofrecían), le corresponde a ella la carga de la prueba para desvirtuar mi dicho y no al suscrito, acreditar las excepciones de esta.

CUARTO. También el Juez transgrede los derechos del suscrito, ya que no atendió a los numerales 1194 y 1195 del Código de Comercio, en el cual cada parte tiene la carga de la prueba para acreditar su acción o sus excepciones, y si la negativa de una de las partes envuelve una afirmación, también corresponde la carga de la prueba.

Como mencioné al suscrito corresponde acreditar los elementos de mi acción para el cumplimiento del contrato de seguro y los mismos quedaron plenamente acreditados con la exhibición de la póliza de seguro y la acreditación de la ocurrencia del siniestro.

Pero suponiendo sin conceder, que necesitara además acreditar los elementos de la responsabilidad objetiva como lo señaló el A quo, los mismos también quedaron acreditados, conforme lo siguiente:

Los primeros dos elementos: “Usados de mecanismos peligrosos (Vehículo) y la provocación de un daño (Daño a mi

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



persona y vehículo)", quedó asentado por el Juez Trigésimo Civil de la Ciudad de México que no fueron controvertidos, pero en cuanto al tercer elemento de "Relación de causalidad entre el uso y daño", mencionó que la "Biomecánica del impacto de colisión por alcance" citado a foja 52 por la aseguradora demostraba que no se daba esa relación causal.

Siendo esa circunstancia total y completamente aberrante a la ley y la lógica, pues el Juez está arrojándome la carga de la prueba para demostrar la excepción y negativa que envuelve una afirmación de la aseguradora.

Ello lo sostengo, porque la relación de causalidad entre el uso (Vehículo) y daño (a mi persona y vehículo), quedó demostrado con las siguientes pruebas:

- "INFORME DE TRANSITO" que obra en copia certificada de la carpeta penal a foja 1 y 2 que se agrega y exhibió como anexo 3
- "DECLARACIÓN UNIVERSAL DE ACCIDENTE, VOLANTE DE ADMISIÓN AL TALLER Y PASE MÉDICO" que obra en copia certificada de la carpeta penal a foja 34, 35, 36 y 37, que se agregó y exhibió como anexo 3.
- "MANIFIESTACIÓN DE HECHOS" que obra en copia certificada de la carpeta penal a foja 128, que se agregó y exhibió como anexo 3.
- "COPIA CERTIFICADA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO", que se agregó y exhibió como anexo 6.

Esto es, con dichos documentos se acredita que hubo un siniestro en el cual el señor
iba conduciendo y golpeó mi vehículo en la parte trasera, por lo que, como consecuencia de ese accidente mi vehículo fue dañado al igual que mi persona, de ahí que la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.** me otorgó un pase médico y un volante de admisión para proceder con la reparación de los daños.

Circunstancia que fue reconocida por la apoderada de la aseguradora en la audiencia confesional de fecha **25 de abril de 2019**, que en respuesta de las posiciones señaló que otorgó el pase médico y que fui atendido por el medico ortopedista
, quien en carta de fecha **01 de marzo de 2016**, solicitó a la aseguradora que me hiciera una resonancia magnética ya que ameritaba cirugía artroscópica de rodilla derecha.

Asimismo, en dicha audiencia se reconoció que hubo daños a mi vehículo por lo que ofrecieron pagar una determinada cantidad.



*Siendo inconcuso que con esos documentos se prueba la relación entre el uso de un mecanismo peligroso y el daño provocado, por lo que si la aseguradora niega la relación y afirma que ese daño no pudo ocurrir por la “Biomecánica del impacto de colisión por alcance”, **corresponde a la misma probar esa circunstancia.***

Apoya lo anterior por analogía y mayoría de razón, el criterio emitido por los Magistrados del Segundo Tribunal Colegiado del Décimo Séptimo Circuito, publicado en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 58, septiembre de 2018, Tomo III, tesis XVII. 2º. 2 C (10ª), página 2302, décima época, cuyo rubro dice:

“...CONTRATO DE SEGURO. CUANDO EL ASEGURADO MANIFIESTE QUE SU AUTOMÓVIL SUFRIÓ DAÑOS QUE CONDUJERON A LA PÉRDIDA TOTAL DEBE DEMOSTRAR ESA CIRCUNSTANCIA Y SI LA ASEGURADORA CONSIDERA LO CONTRARIO, A ÉSTA CORRESPONDE LA CARGA DE LA PRUEBA, PUES SU NEGATIVA ENVUELVE LA AFIRMACIÓN DE UN HECHO...”

QUINTO. *Ahora bien, concatenado con lo anterior, el A quo violenta mis derechos, pues le dio una mala interpretación, a la exposición hecha por la aseguradora a foja 52 de su escrito de contestación de demanda.*

Para explicar lo anterior, me permito citar la definición otorgada por el artículo de “Biomecánica del accidente de tráfico”, contenido en la Revista Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes del Departamento de Medicina Intensiva, Hospital 12 de octubre, Madrid, que se adjuntó como anexo V en el escrito de contestación de la demanda y que se reproduce en la foja 52 de la misma.

*“Colisión por alcance. Es una colisión que representa un tipo diferente de biomecánica. Suele ocurrir cuando un vehículo está detenido y es golpeado por detrás por otro vehículo. **El cuerpo tiende a dirigirse hacia adelante por transmisión de la energía del vehículo incidente a los ocupantes del vehículo alcanzado. El tórax es acelerado hacia delante junto con el respaldo del asiento, sin embargo, la cabeza retarda este movimiento respecto al tronco (no es acelerada con el resto del cuerpo) (Énfasis añadido)** procediéndose una hiperextensión hacia atrás si el respaldo de la cabeza no ha sido elevado adecuadamente.”*

Como se desprende de la lectura anterior, al momento del golpe el cuerpo tiende a dirigirse hacia adelante e incluso junto con el respaldo, por lo que, si bien la cabeza retarda el movimiento al tronco, no sucede lo mismo con el resto del cuerpo, es decir, las piernas y los brazos son empujados hacia adelante.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



De ahí que la afirmación del Juez de que no se acreditó la relación entre uso del mecanismo y daño por la “Biomecánica del impacto de colisión por alcance” resulta infundado, pues según la explicación dada si hay un movimiento hacia adelante del cuerpo, y el tórax no lo constituye únicamente, sino también las piernas (Se incluye rodilla) y brazos.

Asimismo, cabe mencionar que la revista no refiere que daños puede sufrir una persona según el impacto, el tamaño de la persona, la colocación del asiento, etc., por lo cual, si se hace una inferencia de la causa del daño, se llega a la ineludible conclusión que fue provocada por el golpe que recibió el vehículo.

SEXTO. *Por otro lado, existe una incorrecta valoración de las pruebas por parte del A quo al momento de estudiarlos, pues no analizó la prueba ofrecida como presuncional humana y la concateno con los documentos ofrecidos para inferir con total certidumbre que el suscrito sufrí un daño en mi rodilla y mi vehículo consecuencia del accidente.*

En efecto, la voz latina indicium es una derivación de indicere, que significa indicar hacer conocer algo. Esta función la cumple el indicio en virtud de la relación lógica que exista entre el hecho indicador y el hecho indicado, que medie ninguna representación de éste. De acuerdo con esto entendemos por indicio, un hecho conocido del cual se aduce otro hecho desconocido, mediante un argumento probatorio que de aquél se obtiene, en virtud de una operación lógica-crítica basada en normas generales de la experiencia o en principios científicos o técnicos.

Y en virtud de ese argumento probatorio que suministra el hecho indicador, el Juez infiere con mayor o menor seguridad como algo cierto o simplemente probable, la existencia o inexistencia del hecho que investiga; esa inferencia se conoce como presunción judicial, que es diferente del argumento probatorio que le sirve de causa.

Bajo esa tesitura, si el suscrito me encontraba en mi vehículo y recibió mi automóvil un golpe, provocando que mi cuerpo fuera empujado hacia adelante, lo que ocasionó que cuando llegara la autoridad administrativa determinara la ocurrencia del hecho de tránsito, que la aseguradora reconociera el daño de su aseguradora y que otorgara un pase medico (sic) para ser revisado y un volante de admisión para determinar los daños a mi vehículo, es inconcuso que se infiere que el daño en mi rodilla fue ocasionado por el accidente, al igual que los daños a mi automóvil.

Por lo que un estudio minucioso de esas circunstancias debió permitir al Juez determinar que a través de la presunción humana se llegó a la convicción que hay una



relación causal entre el uso mecánico del vehículo y el daño que tengo.

Apoya lo anterior la tesis de jurisprudencia emitida por los magistrados del Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicado en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro IX, junio de 2012, Tomo 2, tesis: 1. 5º.C j/37 (9ª.), página 743, décima época, que en su rubro dice:

“...PRUEBA PRESUNCIONAL LEGAL Y HUMANA. PRINCIPIOS QUE LA RIGEN (CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL)...”

Con base en el criterio anterior, es claro que el tercer elemento de la relación causal está acreditado, pues no existe una prueba objetiva y fehaciente que permita demostrar como ocurrió el daño, para ello tendría que haber tenido una cámara de video en el mismo para ver como (sic) fue arrojado mi cuerpo hacia adelante del automóvil y si el cinturón de seguridad me detuvo completamente para no golpearme o no.

SÉPTIMO. Por otro lado, la resolución conforme se lee evidencia una serie de irregularidades, pues el A quo, refiere que en la audiencia confesional a mi cargo reconocí que la aseguradora me dio atención médica y valoró los daños a mi vehículo por lo que cumplió con sus obligaciones.

Empero, su argumentación resulta incompleta y falsa, puesto que en todo momento aclaré que la atención brindada no fue acorde con los daños ocasionados por su asegurado, y una atención mínima y mal hecha, es lo mismo que incumplir con la totalidad del contrato de seguro pues no subsana el daño ocasionado.

Esto es, a la fecha el daño a mi rodilla no ha sido reparado pues se excusa la aseguradora que esa lesión no pudo ocurrir en el accidente sin probar su negativa que envuelve una afirmación.

Asimos, reconoció que valoró los daños a mi vehículo y que me negué a ingresarlo al taller ALDEN FORD para su reparación, pero jamás acreditó que dicho taller tuviera el equipo necesario para arreglar mi automóvil eléctrico o que la suma ofrecida fuera suficiente para hacerlo.

De tal suerte que la sentencia en ese apartado resulta incongruencia e infundada, pues si bien aparentemente demuestra que se dio la atención al suscrito, lo cierto es que no se cumplió con la obligación de dejarme indemne de todos los daños y perjuicios que sufría y el (sic)contrario, el suscrito he demostrado con documentación médica y facturas, las



erogaciones que he hecho para recuperar mi salud y reparar mi automóvil, pues no podía quedar a expensas de que la aseguradora lo hiciera voluntariamente.

Por lo que se insiste, en caso de que la aseguradora afirme que los daños a mi persona no ocurrieron con el accidente y que los daños a mi vehículo eran por la suma ofrecida, debió acreditar con pruebas esas afirmaciones y no el suscrito, justificar sus excepciones.

Por mi parte, cabe mencionar que de toda la documentación ofrecida se acredita claramente el daño a mi persona y vehículo, por lo que en su caso, correspondía a la aseguradora desestimar mi dicho, probando sus excepciones y su negativa que envuelve una afirmación.”

III. Los anteriores motivos de inconformidad contenidos en siete agravios, analizados de forma conjunta dada la estrecha relación que guardan, se estiman en una parte **INOPERANTES** y en otra **FUNDADOS** y suficientes para revocar la sentencia definitiva impugnada.

En primer lugar, se atienden los agravios dirigidos a desvirtuar las consideraciones del Juez respecto de los daños ocasionados a su persona; resultando **FUNDADO** el señalamiento de que el juez no debió atender a la acreditación de la responsabilidad civil objetiva, toda vez que, la responsabilidad civil ya había sido reconocida y asumida por la aseguradora demandada, sin que por tanto obre mérito alguno para acreditar la relación causal entre el uso del mecanismo y el daño sufrido; cuando, precisamente el reclamo *-como bien lo señala-* consistió en el cumplimiento de contrato de seguro, siendo lo procedente acreditar la existencia de dicho contrato, en este caso la póliza de seguro expedida por la aseguradora demandada, así como la ocurrencia del siniestro, y de esa



forma establecer la procedencia de su reclamo con base en la causa de incumplimiento expresada, una vez confrontada con las excepciones y defensas opuestas, a la luz del material probatorio aportado por las partes; de ahí que, en el presente controvertido la existencia de los daños producidos no resultan ser materia de litis.

Habida cuenta que, en términos de lo dispuesto por los artículos 145 y 147 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el objeto del contrato de seguro es el resarcimiento de un daño o el pago de una suma de dinero (indemnización), ante la realización de la eventualidad predeterminada en el propio contrato (siniestro), a cambio de una cantidad de dinero denominada prima; así por lo general, la relación jurídica se establece entre asegurado y empresa aseguradora, sin embargo, en el caso de una póliza que cubre diversos riesgos, entre ellos ‘responsabilidad civil por daños a terceros’, basta la actualización del hecho dañoso (siniestro), con independencia del tipo de responsabilidad del asegurado ya sea subjetiva u objetiva, para que surja jurídicamente el tercero como beneficiario, quien adquiere un derecho frente a la aseguradora, asumiendo la obligación en el ámbito contractual mercantil para indemnizarlo o restablecer la situación anterior hasta el límite de la suma asegurada, motivo por el cual, es que compete acción directa al tercero dañado para exigir a la aseguradora la indemnización correspondiente.



Así, de constancias de autos se aprecia que el actor destacó en sus hechos de demanda que, el día cuatro de febrero de dos mil dieciséis, fue impactado en la parte posterior de su automóvil por el vehículo Honda, Línea Odisey, Modelo 2004, Tipo Van, conducido por

como asegurado, en términos de la póliza de seguro de autos número C01-1-10-276203, a cargo de SEGUROS ATLAS, S.A.; por lo que una vez avisada la aseguradora, esta procedió a levantar el reporte con número CO1 265/2016, asumiendo el compromiso de indemnizarlo como tercero beneficiario, por los daños ocasionados y, que consistieron en el daño material a su vehículo como lesiones en la columna vertebral y otras partes del cuerpo, siendo la más considerable en la rodilla derecha; por lo cual, emitió la declaración universal de accidente, volante de admisión al taller y, pase médico. Siniestro ocurrido que, como bien lo consideró el Juez, fue aceptado por la aseguradora, asumiendo su obligación de reparar el daño provocado por su asegurado.

De igual forma se aprecia que, las afirmaciones del accionante se encontraron encaminadas a demostrar que hubo incumplimiento al contrato de seguro, en función de que, en lo que respecta a los daños en su persona y, si bien es cierto que la empresa de seguros en su momento le había otorgado un pase médico para ser atendido, lo cierto es, que posteriormente se negó a seguirle brindando la atención requerida, bajo el argumento de que ya había sido atendido debidamente en la clínica a la que fue remitido (Poliplaza Medica), negando la autorización de otros



estudios para continuar con la reparación del daño sufrido en su rodilla derecha ante su persistencia.

Mientras que, por su parte, la aseguradora negó la procedencia de las prestaciones reclamadas, arrojando en principio la carga de la prueba al actor, aduciendo que no había incumplimiento dado que en términos de la cobertura amparada por la póliza (responsabilidad civil) le expidió una pase médico de Médica Vial para Poliplaza Médica, en donde recibió la atención necesaria a su persona que incluso había erogado la cantidad de \$2,233.00 (DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), por dicha atención médica brindada al actor; señalando que no existen elementos que demuestren que tenga la afectación, pues con base en la mecánica en que se habían producido los hechos, no era posible causar directamente las lesiones en la forma que aduce el accionante y, que por lo tanto la gravedad de las lesiones atendiendo a la biomecánica del impacto deben ser menores a las aducidas; así como que el actor como todo conductor tuvo la ineludible obligación de llevar puesto el cinturón de seguridad, estando expuesto únicamente a sufrir latigazo cervical y no lesiones en la columna y rodillas, por lo que de ser determinado que tiene las lesiones que menciona, como consecuencia inmediata de la colisión ocurrida el cuatro de febrero de dos mil dieciséis, éstas fueron provocadas por causa ajena, tanto al asegurado como para la aseguradora y, por lo tanto no requería cirugía.



De esta forma, la litis quedó definida en establecer la gravedad o magnitud de la lesión sufrida por el actor en su rodilla derecha y, que esta haya sido atribuible o no al accidente.

Motivo por el cual, es que también resulta **FUNDADO** el señalamiento hecho por el inconforme en el sentido de que, si durante la reparación de los daños la aseguradora consideró que el monto a reparar era menor o que la lesión no fue provocada por el accidente, corresponderá a ella demostrar dichas circunstancias, debido a que operó a su favor la presunción legal sobre la producción del siniestro y sus consecuencias (daño), en términos de lo dispuesto por los artículos 66, 67, 68, 69, 70 y 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que al efecto disponen:

Artículo 66.- *Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.*

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- *Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.*

Artículo 68.- *La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.*

Artículo 69.- *La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario TODA CLASE DE INFORMACIONES SOBRE LOS HECHOS RELACIONADOS CON EL SINIESTRO y por los cuales puedan determinarse las*

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- *Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, NO LE REMITAN EN TIEMPO LA DOCUMENTACIÓN de que trata el artículo anterior.*

Artículo 77.- *En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.*

Preceptos de cuyo contenido se desprende que, bastará poner en conocimiento de la aseguradora la realización del siniestro para que tanto éste como los daños producidos son consecuencia del mismo, debiendo tenerse como presumiblemente ciertos y, sólo en caso de considerar dicha empresa aseguradora que el asegurado o beneficiario han incurrido en declaraciones inexactas o en disimulo con el fin de hacerla incurrir en error, quedará liberada de su obligación si demuestra tales circunstancias; consideración que resulta acorde con lo dispuesto por el artículo 1196 del Código de Comercio, al señalar que estará obligado a probar el que niega cuando al hacerlo desconoce la presunción legal que tiene a su favor el colitigante.

En consecuencia, es que la determinación resultó ilegal, al considerar los elementos de la acción de responsabilidad civil objetiva, señalando que no se había acreditado el nexo entre el uso del mecanismo y el daño producido a la persona del actor, cuando ello no resultó



materia de litis. Por lo que deberá abordarse el estudio correspondiente de la acción de cumplimiento de contrato de seguro en los términos que se estableció la litis.

Finalmente, los agravios expresados en relación a la reparación del automóvil en los términos que reclama el actor, afirmando que la aseguradora ofreció pagar una cantidad menor por la reparación, destacando las precisiones realizadas en el punto cuatro del hecho trece del escrito inicial de demanda, respecto a que se le había pedido diagnosticar los daños de su vehículo en una agencia en el extranjero por ser un auto propulsado únicamente por electricidad, además de que el taller asignado no contaba con la tecnología para diagnosticarlo y repararlo; asertos sobre los que no obra prueba alguna, toda vez que la cotización y factura contenidas dentro de las copias certificadas por parte de la CONDUSEF como de la carpeta penal, no tienen el alcance para demostrar tales afirmaciones, habiendo sido necesario de igual forma pruebas conducentes como lo pudo haber sido las pruebas periciales, que permitirán arribar a la conclusión de que el diagnóstico del taller asignado por la aseguradora había resultado erróneo, esto es, el actor fue omiso en acreditar que los daños directos ocasionados a su vehículo en la colisión acontecida en fecha 04 de febrero de 2016, exceden de la cantidad de \$4,207.54 (cuatro mil doscientos siete mil 54/100 m.n.) tal y como fue ponderado por la agencia en que fue canalizado para la reparación del vehículo; motivo por el cual, resultan **INOPERANTES** los motivos de inconformidad aducidos por el apelante.



Apoya lo considerado sobre la carga de distribución de la carga probatoria, cuando se afirma de manera específica sobre los daños sufridos por un automóvil, la tesis cuyos datos de identificación, rubro y texto son los siguientes:

**“Época: Décima Época
Registro: 2017795
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación
Libro 58, Septiembre de 2018, Tomo III
Materia(s): Civil
Tesis: XVII.2o.2 C (10a.)
Página: 2302**

CONTRATO DE SEGURO. CUANDO EL ASEGURADO MANIFIESTE QUE SU AUTOMÓVIL SUFRIÓ DAÑOS QUE CONDUJERON A LA PÉRDIDA TOTAL DEBE DEMOSTRAR ESA CIRCUNSTANCIA Y SI LA ASEGURADORA CONSIDERA LO CONTRARIO, A ÉSTA CORRESPONDE LA CARGA DE LA PRUEBA, PUES SU NEGATIVA ENVUELVE LA AFIRMACIÓN DE UN HECHO.

Cuando el asegurado contratante o beneficiario de la póliza derivada del contrato del seguro de vehículo, afirma que por virtud del siniestro acaecido a su automóvil asegurado, sufrió daños que condujeron a su pérdida total, le corresponderá en cumplimiento de la carga procesal demostrar esa circunstancia, mediante la prueba pericial en materia de avalúo pues, con ello, se satisface el fin pretendido por el interesado; esto es, la actualización del siniestro o riesgo amparado en los términos de la póliza y se cumple con el artículo 1194 del Código de Comercio; en tanto que si la aseguradora considera que los daños al vehículo no produjeron la pérdida total por ser susceptible de reparación, también tendrá que acreditar su aseveración mediante el medio de convicción referido, pues su negativa envuelve una afirmación en términos del artículo 1195 del código citado.

SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL DÉCIMO SÉPTIMO CIRCUITO.

Amparo directo 88/2018. Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa. 13 de junio de 2018. Unanimidad de votos. Ponente: Rogelio Alberto Montoya Rodríguez. Secretario: Víctor Alfonso Sandoval Franco.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |
Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Esta tesis se publicó el viernes 07 de septiembre de 2018 a las 10:16 horas en el Semanario Judicial de la Federación.”

Es así que, al no haber prueba sobre el hecho de que los daños reclamados por el actor hayan sido diferentes a los estimados por la aseguradora enjuiciada para el automóvil, es que no resulte procedente su condena.

IV. Ante lo **FUNDADO** de los agravios y, al no existir reenvío en el sistema que rige la apelación, con plenitud de jurisdicción esta autoridad revisora deberá analizar: si fueron o no, comprobados los elementos de la acción, a la luz de las pruebas ofrecidas, así como responder las excepciones que se hayan hecho valer, omitidas por el a quo, si declaró fundada sólo una de las excepciones, lo que implica el estudio oficioso de la instancia pero con facultades legales para ello.

Consideración que apoya en el contenido de la jurisprudencia siguiente:

“Época: Novena Época

Registro: 180403

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Tipo de Tesis: Jurisprudencia

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Tomo XX, Octubre de 2004

Materia(s): Civil

Tesis: I.8o.C. J/19

Página: 2005

APELACIÓN. SUPUESTOS EN LOS QUE PROCEDE EL ESTUDIO OFICIOSO DE LA INSTANCIA.

En la apelación contra el fallo definitivo de primer grado, el tribunal de alzada debe concretarse a examinar, exclusivamente, a través de los agravios, las acciones, excepciones o defensas que se hagan valer oportunamente en primera instancia, porque de lo contrario el fallo resulta

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



incongruente, salvo los casos en que la ley autoriza expresamente a recibir pruebas en segunda instancia, con audiencia de las partes, o excepciones supervenientes, o **el estudio oficioso de la instancia**. Este último supuesto sólo se actualiza cuando en virtud de los agravios expresados en la alzada **se declara que fue ilegal el fallo de primer grado** en el que el a quo determinó la procedencia de una excepción tendiente a destruir la acción, lo que motivó que no se analizara si fueron o no comprobados los elementos de la misma (esto en razón de que el estudio de tales excepciones es previo al de la procedencia de la acción, pues de resultar fundadas aquéllas resulta innecesario analizar ésta); en ese caso, **la autoridad responsable, por no existir reenvío en el sistema que rige la apelación, con plenitud de jurisdicción debe analizar si fueron o no comprobados los elementos de la acción, las pruebas ofrecidas al efecto e incluso las otras diversas excepciones que se hayan hecho valer, omitidas por el a quo si declaró fundada sólo una de las excepciones, lo que implica el estudio oficioso de la instancia pero con facultades legales para ello.**

OCTAVO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 672/93. Sucesión a bienes de Beatriz Larrea López. 10 de febrero de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: María del Carmen Sánchez Hidalgo de Pascual. Secretaria: María Concepción Alonso Flores.

Amparo directo 780/2003. Emilio Flores Manteca. 14 de enero de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretario: Juan Alfonso Patiño Chávez.

Amparo directo 213/2004. Marco Antonio Esquivel Hernández. 15 de abril de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretario: Juan Alfonso Patiño Chávez.

Amparo directo 338/2004. Juan Manuel Pérez García y otro. 2 de junio de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: María Concepción Alonso Flores. Secretaria: Susana Teresa Sánchez González.

Amparo directo 410/2004. Banco BCH, S.N.C., Banco BCH, S.A. (hoy Banco Unión, S.A., Institución de Banca Múltiple), en liquidación a través del Instituto para la Protección al Ahorro Bancario en su carácter de síndico. 11 de agosto de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: José Juan Bracamontes Cuevas. Secretario: Juan Alfonso Patiño Chávez.”

Así, en relación a los daños de la rodilla del demandante, así como su persistencia, constan ofrecidas

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



diversas pruebas que así lo revelan, como lo son, una secuencia en los estudios y diagnósticos que le fueron realizados desde la fecha del siniestro, dentro de los cuales destacan los contenidos en la carpeta penal con número único de caso: _____, llevada ante la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, con motivo de la querrela presentada el día cuatro de mayo de dos mil dieciséis, por el delito de daños y lesiones en contra de _____, y que en copia certificada fue exhibida y ofrecida como prueba por parte del actor, y que a pesar de haber sido objetada de forma genérica en cuanto a su alcance y valor probatorio, lo cierto es, que también fue ofrecida como prueba por parte de la demandada; motivo por el cual, se le concede pleno valor probatorio; y de la cual se advierten los siguientes elementos:

- Copia del expediente médico remitida por la Dirección Administrativa de Hospital Poliplaza Médica a petición del Ministerio Público adscrito a la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, del cual se destaca la nota médica de fecha **cuatro de febrero de dos mil dieciséis**, en que se diagnostica esguince de rodilla derecha, por parte Médica Vial.
- Carta de fecha **cuatro de febrero de dos mil dieciséis** (día del accidente), expedida a petición del actor por parte del Doctor _____, en la que certifica que el paciente _____ acudió al servicio médico de urgencias en Poliplaza Médica, por haber sufrido accidente automovilístico por alcance, refiriendo dolor en la rodilla derecha, con discreta limitación para movimientos, indicando estudios de Rayos X de AP y lateral de rodilla, sin descartar patología en complementos blandos.
- Sonograma del **diecinueve de febrero de dos mil dieciséis**, signada por el _____

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: _____ | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



, Médico Radiólogo, quien concluye estudio de sonograma de rodilla derecha como normal.

- Carta de fecha **uno de marzo de dos mil dieciséis**, cuyo contenido al efecto se reproduce:

"Ciudad Juárez, Chihuahua a 01 de marzo de 2016.

A QUIEN CORRESPONDA

PRESENTE

El que suscribe, Dr. _____, Cirujano Ortopedista Y traumatólogo con cédula profesional especialista _____, certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología _____ y registro estatal de especialista **No. I.**

Por medio del presente me permito informarle que el paciente _____, de 37 años de edad, acudió por primera vez a consulta con un servidor el día 11 de febrero de 2016, con antecedente de accidente automovilístico una semana previa, sufriendo impacto posterior en su auto, provocándole mecanismo de latigazo en columna cervical y traumatismo directo en rodilla derecha, **al momento de la consulta presentaba signos clínicos de esguince cervical** y lesión de menisco bilateral de rodilla derecha, por lo que se le solicito ultrasonido de rodilla derecha, acude nuevamente a consulta el día 23 de febrero de 2016, persistiendo con dolor en rodilla derecha, acude con ultrasonido solicitado en donde se observa lesión del menisco medial sin embargo con reporte del radiólogo como estudio normal, se explora nuevamente al paciente y persiste con signos clínicos de meniscopatía, SE SOLICITA RMN DE RODILLA DERECHA LA CUAL EL SEGURO MÉDICO NO AUTORIZÓ (énfasis añadido) por lo que el px cubrirá el costo de la misma, el px amerita cirugía artroscópica de rodilla derecha, por lo que debe cubrirse incapacidad hasta ser operado y posteriormente de acuerdo a su evolución"

Documento el último, del cual según se desprende, el _____ realizando una nueva exploración al paciente, el día veintitrés de febrero de dos mil dieciséis, diagnostica la persistencia de signos clínicos de meniscopatía, a pesar del reporte del radiólogo de fecha diecinueve de febrero de dos mil dieciséis, quien previo sonograma había señalado ‘estudio normal’; por lo que estableció que el paciente ameritaba cirugía



artroscópica de rodilla derecha, solicitando la práctica de estudio de resonancia magnética; sin embargo indica que el seguro no lo autoriza y, por tal motivo el paciente cubrirá su costo. Estudio de resonancia magnética que de igual obra contenida en la carpeta penal (pag.58).

En suma de lo anterior, de las copias certificadas del expediente clínico del actor, expedidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a las que se les concede pleno valor probatorio en términos de lo dispuesto por el artículo 1292 del Código de Comercio, el cual establece:

“Artículo 1292. *Los instrumentos públicos hacen prueba plena, aunque se presenten sin citación del colitigante, salvo siempre el derecho de éste para redargüirlos de falsedad y para pedir su cotejo con los protocolos y archivos. En caso de inconformidad con el protocolo ó archivo, los instrumentos no tendrán valor probatorio en el punto en que existiere la inconformidad.”*

Copias certificadas, de cuyo contenido se advierte corroborado el diagnóstico del

, toda vez que, dicho Instituto, el día veintidós de agosto de dos mil dieciséis, le otorga nueva incapacidad por diagnóstico de meniscopatía de rodilla derecha; y el diecisiete de octubre del año en cita, consta la carta de consentimiento signada por el actor para efectuarle procedimiento quirúrgico por lesión de menisco bilateral de rodilla derecha; figurando diversas incapacidades consecutivas por diferimiento de procedimiento quirúrgico; destacando la valoración realizada por dicho Instituto el dieciséis de octubre de dos mil diecisiete, en que el Doctor , reitera que sigue pendiente la operación, pudiendo



desarrollar más del sesenta por ciento de sus actividades laborales, debiendo continuar con control y manejo con su médico tratante.

Así, también obra contenido en la carpeta penal antes referida, el informe médico evolutivo de lesiones de fecha veintidós de mayo de dos mil diecisiete, en los siguientes términos:

“INFORME EVOLUTIVO:

En el expediente Se solicitó a este departamento la expedición del informe médico definitivo de la persona lesionada, el médico legista tomando como base el informe previo de lesiones, notas médicas y estudios radiológicos y teniendo a la vista a la persona lesionada, concluye la siguiente clasificación en calidad de EVOLUTIVA:

la clasificación de las lesiones en términos del artículo 129 del Código Penal, son de las que:

*a) Ponen en peligro la vida: **No***

*b). que tardan en sanar: **Más de 60 días***

*c). dejan consecuencias médico-legales: No es posible determinar consecuencias médico legales, toda vez que aún se encuentra pendiente de que se le realicen procedimientos quirúrgicos ya **que actualmente presenta marcha claudicante, a expensas de lesión de rodilla.***

Luego entonces, los citados documentos valorados de forma conjunta resultan suficientes y eficaces para demostrar la persistencia del daño en la rodilla derecha del actor, desde que aconteció el siniestro que le ocasionó el daño, el cuatro de febrero de dos mil dieciséis, y que incluso que amerita cirugía; toda vez que los mismos revelan una secuencia en los estudios y diagnósticos que le fueron realizados al actor desde la fecha del siniestro.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Es así, que en términos de lo dispuesto por el artículo 1194 del Código de Comercio, se revierte la carga de la prueba a la aseguradora demandada, para demostrar sus excepciones por cuanto, afirmó que el accidente no pudo causar esas lesiones y, que fueron por causa ajena a éste; toda vez que, a su decir, consideró que su obligación de reparar el daño a la persona del actor se había cumplido, debido a que el estudio de ultrasonido que se le realizó el diecinueve de febrero de dos mil dieciséis, había concluido como normal; negando la continuación en la atención para el restablecimiento de la lesión en la rodilla derecha del actor.

Al efecto, para demostrar sus excepciones la aseguradora demandada ofreció pruebas de su parte, las que le fueron admitidas como se desprende del proveído de fecha once de marzo de dos mil diecinueve; y por cuanto a hace a las pruebas documentales se tuvieron por objetadas como se advierte del auto de fecha veintiséis de febrero de dos mil diecinueve. Siendo las siguientes:

1) La confesional a cargo de la actora, la que desahogada en audiencia celebrada el día veinticinco de abril de dos mil diecinueve, de las posiciones que le fueron formuladas al actor, previa calificación de legales, se destacan las que se refieren al seguimiento médico al que acudió el actor al Hospital Poliplaza Médica, el día once de febrero de dos mil dieciséis, en que se le realizó ultrasonido de rodilla, aceptando haber acudido, así como que se le informó que el estudio había salido con reporte normal, sin lesiones; respondiendo afirmativamente, aclarando que el especialista en ortopedia solicitó a la aseguradora un estudio de resonancia magnética, mismo que fue negado; sin embargo, dicha confesión no le reporta beneficio alguno a los intereses del oferente, debido a que, como bien lo

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
 Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
 IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
 EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
 Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
 Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



aclaró el actor consta de forma posterior, la necesidad de diverso estudio ante la persistencia de las molestias en la rodilla, ya que así lo revela la documental consistente en la carta del uno de marzo de dos mil dieciséis, ya destacada y reproducido su contenido en párrafos anteriores, se revela que el actor acudió nuevamente a consulta el día veintitrés de febrero de dos mil dieciséis, en que a pesar del reporte del radiólogo quien estableció como normal el resultado del ultrasonido, previa exploración realizada al paciente observó ‘lesión del menisco medial’, con la persistencia de signos clínicos de meniscopatía; de ahí que resulte ineficaz para demostrar que el accidente no pudo causar la lesión en la rodilla o que fue por casusa ajena a este, así como el hecho de que no necesitaba cirugía, cuando el diagnóstico del médico tratante indicó que sí resultaba necesario.

2) PRUEBA LA DOCUMENTAL PRIVADA

consistente en el expediente formulado por parte de la aseguradora con motivo del siniestro con número de reporte COI 265/16, en donde se contienen las siguientes constancias:

- Carátula de póliza de seguro de autos, póliza C01-1-10-276203.
- Condiciones generales de la póliza de seguro de autos-autos residentes, póliza C01-1-10-276203.
- Orden de trabajo de Seguros Atlas, Departamento de siniestros.
- Declaración Universal de Accidente, de fecha 4 de febrero de 2016, en original
- Volante de admisión de taller respecto del automóvil FORD FOCUS NEGRO MODELO 2013, fotos anexas.
- Volante de admisión de taller respecto del automóvil HONDA ODYSSEY BLANCO MODELO 2004.
- Facturas de Autoservicio Águila respecto a la reparación del automóvil HONDA ODYSSEY BLANCO MODELO 2004.
- Nota Médica vial, Poliplaza Médica.
- Factura Serie y Folio Interno C 246506, pago de atención médica.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



- Sonograma de Rodilla Derecha de fecha 19 de febrero de 2016.
- Rodilla derecha dos proyecciones, estudio de laboratorio.
- Reporte de suministros, consultas subsecuentes de fecha 11 de febrero de 2016.

Prueba documental que no reporta mayor beneficio a su oferente, toda vez que sólo demuestra que asumió la responsabilidad de reparar los daños y, en relación a los ocasionados a la persona del actor, no se desprende dato alguno que revele, cómo es que la lesión del actor y su persistencia no derive del accidente, y que fue por causas ajenas a éste, o cómo es que no necesitaba cirugía; cuando contrario a lo afirmado por la aseguradora, precisamente derivado de la atención médica que recibió en Médica vial, Poliplaza Médica, se encontraron elementos para proporcionar más atención en términos de lo expresado por el médico tratante Doctor _____, Cirujano Ortopedista y Traumatólogo, en la multicitada carta del uno de marzo de dos mil dieciséis.

3) LA DOCUMENTAL PRIVADA. consistente en las copias simples del *“Artículo de Biomecánica del accidente de tráfico, contenido en la revista al día en Urgencias, emergencias y catástrofes del Departamento de Medicina Intensiva, Hospital 12 de octubre, Madrid.”*

4) LA DOCUMENTAL PRIVADA. consistente en las copias simples de la Guía de Práctica Clínica diagnósticos y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del adulto, emitida en el catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-577-12.



Pruebas que se valoran en su conjunto debido a que la demandada pretendió demostrar los mismos puntos: (i) **que no existían elementos para determinar que el accionante tuviera la afección material que señala**, con motivo directo de la colisión acontecida con el asegurado, el día cuatro de febrero de dos mil dieciséis, (ii) que al momento del siniestro no llevaba puesto el cinturón de seguridad y, (iii) que los daños no ocurrieron en la magnitud señalada y, con la segunda además (iv) que el actor no requiere cirugía con motivo de la lesión en su rodilla.

En principio se trata de copias simples, su valor es sólo indiciario, además de que fueron objetadas en cuanto a su alcance y valor probatorio, por lo que no cuentan con el valor probatorio suficiente para demostrar lo afirmado; no obstante que tampoco resultan idóneas toda vez que, por cuanto hace al contenido de la publicación de Biomecánica de Lesiones, si bien puede ilustrar las consecuencias de una colisión por alcance, en tratándose de accidentes en que se ven involucrados dos vehículos; lo cierto es, que no resulta suficiente para arribar a una conclusión como la señalada por la aseguradora, de que, ‘la única lesión que se puede provocar en un accidente de este tipo accidentes, lo es un latigazo cervical’, debido a que sólo ilustra de forma general las posibilidades de resultado, sin que en el caso particular resulte suficiente, toda vez que para ello se habría requerido de prueba idónea como lo sería el dictamen de peritos que atiendan todos los elementos involucrados en el caso particular y, que por



tanto permitan al juzgador apreciar los resultados; circunstancia que no acontece en el particular, de ahí, la insuficiencia para demostrar las afirmaciones de la demandada.

Lo mismo acontece por cuanto a la Guía de Práctica Clínica diagnósticos y Tratamiento de las Lesiones de Meniscos en Rodilla del adulto, ya que como su nombre lo indica sólo es orientadora, no conclusiva y, menos que se corresponda con las afirmaciones de la aseguradora, cuenta habida que no obra evidencia alguna de que el actor no llevara puesto el cinturón al momento del siniestro.

5) LA DOCUMENTAL PÚBLICA. Consistente en las copias certificadas de la Carpeta Penal exhibida por el actor, la cual hizo propia y, de la cual, no se advierten elementos que permitan demostrar que el actor al momento del siniestro no llevaba puesto el cinturón de seguridad, ni que el hecho de haberse querellado el actor en contra del asegurado signifique que pretenda un doble cobro y, que por tanto se trate de una conducta dolosa; toda vez que, por cuanto a que el actor no llevaba puesto el cinturón de seguridad, como se ha señalado no obra evidencia de ello; y el hecho de que el actor haya presentado denuncia penal en contra del responsable directo y, a su vez reclame en la vía civil el pago de los daños en contra de la aseguradora quien asumió la obligación de repararlos de forma solidaria, de forma alguna revela conducta dolosa alguna, amén que no obra dispositivo legal que impida el ejercicio de las instancias con que cuenta el actor para hacer valer sus derechos, e incluso en términos de lo dispuesto por el artículo 149 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si el tercero (actor) es indemnizado en todo o en parte por el asegurado, éste deberá ser reembolsado



proporcionalmente por la empresa. Artículo que al efecto se reproduce:

“Artículo 149.- Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el asegurado, éste deberá ser reembolsado proporcionalmente por la empresa.”

Así, de la valoración de pruebas realizada se tiene que, si bien, en un primer momento el accionante recibió la atención médica necesaria en el Hospital Médica vial, Poliplaza Médica, derivado del pase médico otorgado por la compañía de SEGUROS ATLAS, S.A. DE C.V., pero posteriormente se determinó por parte de la aseguradora que se le había proporcionado la atención médica suficiente y que había ameritado el daños ocasionado de forma directa por la colisión acontecida el cuatro de febrero de dos mil diecinueve, sin que obre demostrado que, el accidente no pudo causar las lesiones a la rodilla del actor como su persistencia y, que haya sido por causas ajenas al mismo, es que deberá considerarse que la aseguradora demandada no acreditó el debido cumplimiento a que obligó en términos de la póliza número **C01-1-10-276203** y, en relación al siniestro ocurrido el cuatro de febrero de dos mil dieciséis, bajo el número de siniestro **C01265/16**, en los términos en que se obligó a reparar el daño a la persona del actor, no así por cuanto a los daños materiales ocasionados al vehículo del actor, respecto al cual, no se demostró que el valor de la reparación fuera mayor al dictaminado por la aseguradora, siendo en tales



términos que resulta procedente la acción de cumplimiento de contrato de seguro.

En ese sentido, la cantidad que la parte actora reclamó como consecuencia del cumplimiento de contrato deberá descontarse los conceptos que excedan de la cantidad de \$4,207.54 (cuatro mil doscientos siete mil 54/100 m.n.) por los daños materiales a su vehículo, pues como se ha establecido estos no resultan procedentes, cuenta habida que la aseguradora demandada expresó su disposición a pagar la suma indicada y, que fue determinada por ella.

De igual forma, no procede la cantidad que por perjuicios que reclama el actor en términos de lo expuesto en el **hecho número quince** de su escrito inicial de demanda, por cuanto a los tres días de incapacidad que señala (04, 05 y 06) de febrero de dos mil dieciséis, debido a que si bien es verdad, en términos de lo dispuesto por el artículo 96 de la Ley del Seguro el subsidio se pagará a partir del cuarto día de la incapacidad; lo cierto es, que de los comprobantes fiscales digitales de pago de la empresa a la que presta sus servicios se advierte que le fueron pagados, en especial, así lo revela el expedido el dieciséis de febrero de dos mil dieciséis, correspondiente a la semana del primero al siete de febrero de dos mil dieciséis, de la que se aprecia cubierto el salario íntegro, incluso el correspondiente a los premios de puntualidad y

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



asistencia por dicho periodo; motivo por el cual, resultaría un doble pago no permitido por la ley.

Sin embargo, sí resulta procedente la condena al pago que el actor venía recibiendo adicionalmente y de manera regular como parte integrante de su salario, bajo los conceptos de: “premio de puntualidad y premio de asistencia”, debido a que, efectivamente los mismos sí integran salario.

Al efecto, el artículo 27, fracción VII, de la Ley del Seguro Social, que invoca el apelante para sustentar su afirmación en el sentido que los citados premios forman parte del salario, establece:

“Artículo 27.- El salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo. Se excluyen como integrantes del salario base de cotización, dada su naturaleza, los siguientes conceptos:

I. (...)

VII. Los premios por asistencia y puntualidad, siempre que el importe de cada uno de estos conceptos no rebase el diez por ciento del salario base de cotización; ...”

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



De ahí que, a contrario sensu, si el monto de esos premios rebasa el diez por ciento del salario base de cotización, no estarán excluidos.

Por otra parte, el artículo 84 de la Ley Federal del Trabajo, establece:

“Artículo 84. *El salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.”*

Al respecto, es ilustrativo el criterio sostenido por el Tercer Tribunal Colegiado del Cuarto Circuito, en la tesis IV.3o.58 L, visible en la página 909, Tomo VIII, Agosto de 1998, Novena Época, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, que dice:

“SALARIO INTEGRADO, CONCEPTO. EN EL PAGO DE CONDENAS. *De conformidad con el artículo 84 de la Ley Federal del Trabajo, el salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo, por lo que si la responsable condenó a la demandada a pagar a la actora el salario integrado y no el salario base, tal determinación se encuentra ajustada a derecho, de conformidad con el numeral citado.”*

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



De manera que, si en la condena que se efectúa se encuentran comprendidos los salarios que dejó de percibir el actor debido a la incapacidad sufrida, y según se ha visto, los premios de puntualidad y asistencia, forman parte del salario; y, además, el actor demostró que los venía recibiendo en forma permanente y continua, según se desprende de los recibos de pago que ofreció como prueba, entonces, por igualdad de razón, es procedente que se tomen en cuenta para integrar la indemnización de los daños y perjuicios reclamados por el demandante, adicionalmente a los determinados, ya que no los habría dejado de percibir si no hubiera estado impedido para laborar como consecuencia del accidente.

Asimismo, resulta improcedente el pago de los periodos semanales que señaló no haber trabajado derivados del convenio celebrado con su patrón, debido a que el Instituto Mexicano del Seguro Social ya no lo está subsidiando y, que tampoco lo ha operado por problemas de su misma administración; toda vez que resulta evidente **que se trata de perjuicios derivados de causas remotas** y, por tanto nuevas o ajenas al daño producido; cuenta habida que, es de explorado derecho que los daños deberán ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación y, en el caso particular



habrá que atender lo dispuesto por el artículo 1915 del Código Civil Federal, que al efecto señala:

“ARTICULO 1915.- La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido, en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en **el pago de daños y perjuicios**.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, **el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la ley federal del trabajo**. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en el Distrito Federal y se extenderá al número de días que, para cada una de las incapacidades mencionadas, señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere un asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición, salvo convenio entre las partes.

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de este Código.”

Por su parte el artículo 491 de la Ley Federal del Trabajo dispone:

“Artículo 491.- Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad temporal, **la indemnización consistirá en el pago íntegro del salario que deje de percibir mientras subsista la imposibilidad de trabajar**. Este pago se hará desde el primer día de la incapacidad.

Si a los tres meses de iniciada una incapacidad no está el trabajador en aptitud de volver al trabajo, él mismo o el patrón podrá pedir, en vista de los certificados médicos respectivos, de los dictámenes que se rindan y de las pruebas conducentes, se resuelva si debe seguir sometido al mismo tratamiento médico y gozar de igual indemnización o procede declarar su incapacidad permanente con la indemnización a que tenga derecho. Estos exámenes podrán repetirse cada tres meses. El trabajador percibirá su salario hasta que se declare su incapacidad permanente y se determine la indemnización a que tenga derecho.”.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Preceptos de los cuales permiten establecer en lo que al caso interesa, que la obligación a reparar el daño consistirá en el restablecimiento de la situación anterior cuando ello fuere posible, o en el pago de daños y perjuicios, los que como se ha señalado deberán ser consecuencia inmediata y directa del evento que los ocasionó, por su parte cuando el daño la persona produzca incapacidad parcial permanente, mientras subsiste la imposibilidad de trabajar, deberá indemnizarse con el pago íntegro del salario que se deje de percibir, y en su caso, si a los tres meses de iniciada una incapacidad no está el trabajador en aptitud de volver al trabajo, él mismo o el patrón podrá pedir, en vista de los certificados médicos respectivos, de los dictámenes que se rindan y de las pruebas conducentes, se deberá resolver (i) si debe seguir sometido al mismo tratamiento médico y gozar de igual indemnización o (ii) procede declarar su incapacidad permanente con la indemnización a que tenga derecho; es decir, se trata de circunstancias que resultan ajenas a la causa del daño producido en la persona del actor, por lo que en este caso, el pago de los periodos semanales que señaló el accionante no haber trabajado, y que derivaron del convenio con su patrón, debido a que el Instituto Mexicano del Seguro Social ya no lo está



subsidiando y, que tampoco lo ha operado por problemas de su misma administración, resulta evidente, -como se ha señalado- **que se trata de perjuicios derivados de causas remotas** y, por tanto nuevas o ajenas al daño producido, de ahí su improcedencia.

Apoya lo considerado el criterio cuyos datos de identificación, rubro y texto son los siguientes:

**“Época: Séptima Época
Registro: 256654
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Semanario Judicial de la Federación
Volumen 34, Sexta Parte
Materia(s): Civil
Tesis:
Página: 27**

DAÑOS Y PERJUICIOS. DEBEN SER CONSECUENCIA INMEDIATA Y DIRECTA DE LOS HECHOS IMPUTADOS AL DEMANDADO COMO CAUSA DE LA ACCION.

Los perjuicios al igual que los daños, para tener derecho a cobrarse, tendrán que ser, en materia de accidentes, como es sabido, consecuencia inmediata y directa del accidente; porque las consecuencias ulteriores derivadas de nuevas causas sobrevenidas, o sea, la presentación de nuevas causas originadoras o ampliadoras del perjuicio, quitan ese nexo lógico de causa a efecto, que constituye la base de la responsabilidad. Refiriéndose Planiol y Ripert al daño, sus razones son igualmente aplicables al perjuicio; con toda justificación explican, en lo conducente: "DISTINCION ENTRE DAÑO DIRECTO E INDIRECTO. El artículo 1151 (se refieren los autores al Código Civil Francés), dispone que los daños en ningún caso deben comprender otra cosa que 'Lo que sea consecuencia inmediata y directa del incumplimiento del contrato'... Esa disposición ha sido tomada de Pothier, quien ofrecía como ejemplo de ella el caso de un comerciante que ha vendido a sabiendas una vaca enferma; el contagio ha enfermado los bueyes del comprador impidiéndole labrar las tierras. El vendedor tendrá que indemnizar indiscutiblemente por el precio de las reses fallecidas por efecto del contagio, no así de los daños resultantes de la infección de las tierras, que

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



solamente constituyen la consecuencia distante e indirecta del dolo de aquél; las tierras, al no ser labradas, dejan de proporcionar ganancias al comprador; no ha podido pagar a sus acreedores, los cuales le embargaron sus bienes ... El deudor no tendrá que sufrir las consecuencias indefinidas de los sucesos que no se relacionen con el incumplimiento de la obligación ... En caso contrario, no habrá límite alguno para la responsabilidad, y el deudor tendría que sufrir daños en los que su culpa sólo era un factor muy remoto y parcial ... A partir del momento en que otras causas concurren con aquélla, la cadena causante queda interrumpida y las repercusiones nuevas, por no ser ya consecuencias inmediatas, sino indirectas e hipotéticas, del cumplimiento de la obligación, no se tomarán en consideración para calcular el importe de los daños y perjuicios ... después de cometida la culpa (como pueden ser en un caso los hechos objetivos de donde nace la responsabilidad), las consecuencias debidas a intervención de sucesos posteriores quedarán fuera de toda indemnización ...

HAY QUE DESCARTAR LA AMPLIACIÓN Y LA AGRAVACIÓN IMPUESTAS A LAS CONSECUENCIAS DE LA CULPA POR LOS FACTORES NUEVOS PRODUCIDOS CON POSTERIORIDAD. (Tratado Práctico de Derecho Civil Francés, edición cubana, tomo VII, página 170 y siguientes). De acuerdo, pues, con las explicaciones expuestas, los perjuicios no se probaron plenamente, en un caso, si la ampliación de los mismos aparece determinada o depende de la mayor o menor rapidez con que el Juez puede disponer la devolución, al actor, del bien dañado, así como de la mayor o menor rapidez con que un artesano practicara la reparación de los daños, de modo de dejar el bien como se encontraba y apto para el servicio; **SE ADVIERTE, ENTONCES, QUE EN LA DETERMINACIÓN DE LOS ALUDIDOS PERJUICIOS, CONCURREN POSITIVAMENTE NUEVAS CAUSAS POSTERIORES ORIGINADORAS Y AMPLIADORAS DE LOS MISMOS, AJENOS AL ACCIDENTE, QUE QUITAN EL NEXO LÓGICO NECESARIO DE CAUSA A EFECTO, ENTRE EL PROPIO ACCIDENTE Y LOS SUSODICHOS PERJUICIOS.**

TRIBUNAL COLEGIADO DEL TERCER CIRCUITO.

Amparo directo 532/68. 30 de octubre de 1971. Ponente: Alfonso Abitia Arzapalo.

Nota: Enviada sin votación ni nombre del quejoso a la Dirección del Semanario Judicial de la Federación."

Lo mismo acontece, por cuanto al pago de honorarios por los servicios de asesoría legal, en función que los mismos tienen su origen en el pacto voluntario del actor con el prestador de los servicios jurídicos, por lo que

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYaz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



no resulta ser un perjuicio del que verse el deber de repararse por parte de la aseguradora demandada.

Habida cuenta, que si bien es verdad la CONDUSEF, estableció en su dictamen que deberá llevarse a cabo el pago que corresponde debido a la acreditación del siniestro, sin embargo, en relación al monto de las prestaciones reclamadas, precisó que las mismas deberían ser determinadas y acreditadas en el momento procesal oportuno mediante el desahogo de las pruebas periciales pertinentes ante la autoridad jurisdiccional competente, hasta el límite de la suma asegurada contratada; de ahí que no obre determinación vinculante alguna que haya establecido la precisa cantidad reclamada por el actor.

Por otro lado, no procede realizar condena alguna en los términos del inciso “c” del capítulo de prestaciones, en que el actor reclama el pago de los daños que se sigan generando, debido a que los daños generados serán indemnizados por la aseguradora demandada, bajo el pago de una suma en dinero, toda vez que de esa forma fue reclamado, es decir, el actor no reclamó el que se continuara con el tratamiento médico a costa de la aseguradora para el restablecimiento del daño, **para de esa forma poder establecer la obligación por parte de la aseguradora en seguir cubriendo los gastos que se generaran hasta la total restitución de la salud del afectado**, ya que incluso se reclamó *-y resulta procedente-* el pago de la cotización de operación y rehabilitación posterior. Apoya lo considerado el siguiente criterio:



“Época: Décima Época
Registro: 2019746
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación
Libro 65, Abril de 2019, Tomo III
Materia(s): Civil
Tesis: I.12o.C.130 C (10a.)
Página: 2111

RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS. LA INDEMNIZACIÓN A UN TERCERO POR DAÑO MATERIAL DERIVADO DE UN SINIESTRO, CONSISTE EN EL RESTABLECIMIENTO DE LA SITUACIÓN ANTERIOR AL MISMO, Y SÓLO CUANDO ELLO NO SEA POSIBLE, DEBE EFECTUARSE EL PAGO EN COMPENSACIÓN.

De los artículos 145, 147 y 149 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obtiene que el contrato de seguro tiene por objeto el resarcimiento de un daño o el pago de una suma de dinero (indemnización) ante la realización de una eventualidad predeterminada en el propio contrato (siniestro) a cambio de una suma de dinero (prima). Asimismo, que en el contrato de seguro, por lo general, la relación jurídica se entabla entre el asegurado y la empresa aseguradora, empero, cuando se trata de una póliza que cubre diversos riesgos, entre ellos el de responsabilidad civil por daños a terceros, surge jurídicamente otra persona: el tercero afectado, quien aun sin ser parte en el aludido contrato, por verificarse el siniestro, adquiere un derecho frente al ente asegurador, concerniente en obtener directamente de éste la indemnización convenida, sin perjuicio de que pueda ser indemnizado en todo o en parte por el propio asegurado, como lo prevé el artículo 149 citado. Es decir, los preceptos transcritos consideran al tercero afectado como un "beneficiario del seguro" desde el momento en que acontece el siniestro, lo que le otorga legitimación para ejercer la acción de reparación de daños o de indemnización. Así, en el caso de que los obligados se rehúsen a pagarle, el tercero beneficiario puede reclamar en contra del asegurado, o bien, de la empresa aseguradora, sin que ésta pueda alegar su falta de legitimación pasiva, pues su carácter para ser demandada, precisamente, deriva de la obligación que asumió al otorgar, en el ámbito contractual mercantil, la cobertura de responsabilidad civil. ES DECIR, ESTA RESPONSABILIDAD CIVIL ES DE CARÁCTER EXTRA CONTRACTUAL, EN RAZÓN DE QUE NO PROVIENE DEL INCUMPLIMIENTO DE UN ACUERDO DE VOLUNTADES, SINO DE UN HECHO FORTUITO CAUSANTE DE UN DAÑO PREVISTO EN LA PÓLIZA; así, la indemnización a un tercero por daño material derivado de un siniestro CONSISTE EN EL RESTABLECIMIENTO DE LA SITUACIÓN ANTERIOR AL MISMO, y sólo cuando ello no sea posible, efectuar el pago en compensación.



DÉCIMO SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 361/2018. Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V. 6 de septiembre de 2018. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretario: Fernando Aragón González.

Esta tesis se publicó el viernes 26 de abril de 2019 a las 10:30 horas en el Semanario Judicial de la Federación.”

Al efecto y, sobre la cantidad a cuyo pago habrá de condenar a la parte demandada, deberá atenderse a lo dispuesto por el artículo 276 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;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



América, 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;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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;

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



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.”



Es así que, en términos de las fracciones I, VII Y VIII, del normativo en comento, el pago de la suma a que se condenará a la aseguradora demandada por concepto de reparación de daño derivado de responsabilidad civil, una vez determinada en ejecución de sentencia, deberá denominarse en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial del artículo en comento 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.

Habida cuenta que, en términos de la fracción VI del artículo en cita, los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias son irrenunciables, incluso cualquier pacto que pretenda reducirlos no surtirá efecto alguno.

En consecuencia, resulta procedente la prestación identificada bajo el inciso **“d)”** consistente en el pago de intereses moratorios, cuya cuantificación en ejecución de sentencia deberá hacerse a partir del dictado de la sentencia y, si bien, no obra cantidad determinada, puede ser determinada dentro del plazo de nueve días, en términos de lo dispuesto por el artículo 2189 del Código Civil Federal de aplicación supletoria a la materia mercantil, máxime que serán dadas las bases para hacerlo; bastando que dicha deuda resulte exigible, entendida como la que no puede rehusarse conforme a derecho.

Sin que proceda la reclamación realizada bajo el inciso **“e)”** del escrito de demanda, debido a que

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVNEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



precisamente el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas establece que habrá de requerirse a la Institución de Seguros que hubiere sido condenada, para que dentro del término de setenta y dos compruebe el cumplimiento que ha dado, ello justamente procederá en diverso momento procesal que atiende a la ejecución de sentencia, a petición de parte interesada.

EXPUESTO TODO LO ANTERIOR, SE TIENE QUE LAS CANTIDADES QUE DEBERÁN INTEGRAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDEN POR CUANTO A LOS SALARIOS que dejó de percibir el actor debido a la incapacidad sufrida, en que el sesenta por ciento (60%) del salario fue subsidiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de incapacidad del cuatro de febrero de dos mil dieciséis, al dieciocho de agosto de dos mil diecisiete, como lo revela el informe que como prueba superveniente se admitió al proceso; por lo que en ejecución de sentencia deberá establecerse la determinación del cuarenta por ciento (40%) que corresponde al salario dejado de percibir y, por el periodo señalado.

Así también, en ejecución de sentencia deberá determinarse la cantidad que corresponda por los premios de asistencia y puntualidad que el actor

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



dejó de percibir durante el periodo comprendido del ocho de febrero de dos mil dieciséis, al dieciocho de agosto de dos mil diecisiete; debido a que la semana del primero al siete de febrero de dos mil dieciséis, le fue pagada al actor de forma íntegra por parte de la empresa para la cual presta sus servicios (REINK-JET EXPERTOS EN TONER Y TINTAS S DE RL MI), incluyendo los premios de puntualidad y asistencia por dicho periodo, tal y como lo revela el comprobante fiscal digital expedido el dieciséis de febrero de dos mil dieciséis.

De igual forma, deberá integrar el monto de la condena las cantidades que el actor pagó para el restablecimiento de su afección en la rodilla derecha, como lo es, el estudio de resonancia magnética en términos de la factura expedida por Operadora de Hospitales Ángeles, S.A. de C.V., por más sesiones de rehabilitación pagadas, así como cotización de operación y terapias posteriores, en términos de las facturas exhibidas. Consideración que se sustenta en los siguientes criterios:

**“Época: Décima Época
Registro: 2017420
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación
Libro 56, Julio de 2018, Tomo II
Materia(s): Civil
Tesis: I.12o.C.36 C (10a.)
Página: 1479**

DAÑOS Y PERJUICIOS. DEMOSTRADA LA CONDUCTA ILÍCITA DE LA DEMANDADA, PROCEDE LA CONDENA

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |
Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



GENÉRICA, AUNQUE NO SE DEMUESTRE EL MONTO EXACTO QUE SE RECLAMÓ POR AQUEL CONCEPTO.

Si en el juicio se acredita el actuar ilícito de la demandada, corresponde a la autoridad responsable, atendiendo a las constancias de autos, determinar la existencia o no de daños y perjuicios, realizar la condena respectiva, así como, en su caso, si existieran elementos de prueba o si pudieran presumirse de la ley aplicable a la materia del incumplimiento, establecer el monto al que ascienden esos daños y perjuicios. De considerar que carece de elementos de prueba y que no se actualiza alguna presunción legal y acorde a lo pedido por la actora, determinar las bases con las cuales deba hacerse la liquidación, como sería, el periodo durante el cual se causaron o la tasa o valor para su cálculo, y sólo si no se surten los dos primeros supuestos precisados, podrá hacer una condena genérica y dejará para la ejecución de sentencia la determinación de la importancia y cuantía de los daños y perjuicios, al no poder fijar en ese momento de la sentencia el importe ni dar las bases con arreglo a las cuales se calcule. Sin que sea óbice que la actora reclamara una cantidad fija, porque habiéndose probado los elementos de la acción de reclamación de daños y perjuicios, esto es, el daño, la culpa y el nexo causal, debido a la negativa de pago del cheque por una causa no justificada –siendo un hecho notorio que la falta de entrega de un numerario causa daños y perjuicios–, lo procedente es condenar a su pago. Ello es así, porque sería un contrasentido que habiéndose acreditado la existencia de los daños y perjuicios, que es el elemento fundamental de la acción, no se condene a sus consecuencias, esto es, aunque la acción principal fue, precisamente, el reclamo de daños y perjuicios con unas prestaciones líquidas que fueron materia del juicio; durante la instrucción quedó demostrada la conducta ilícita de la demandada que por su propia naturaleza, falta de pago oportuno de un cheque, se presume que causó daños y perjuicios; de ahí que debe privilegiarse el aspecto sustantivo frente a formalismos, ya que sería denegatorio de justicia dejar de condenar al pago de la obligación probada, por el solo hecho de no acreditarse durante el juicio el monto exacto que se reclamó por los conceptos de daños y perjuicios, como lo ordena el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la justicia debe ser completa y privilegiarse lo sustantivo, y puesto que es derecho y norma jurídica de mayor jerarquía obliga a acatarla. Distinto sería el caso en que no estuviese acreditada la conducta ilícita y la causación de daños y perjuicios, así como el nexo causal, entre ambos porque, entonces, no existiendo prueba de la obligación, es imposible una condena legal a cumplir.

DÉCIMO SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
 Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
 IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
 EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
 Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
 Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Amparo directo 951/2016. Hispano Venezolana de Perforación, Compañía Anónima. 22 de febrero de 2018. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretario: Hugo Alfonso Carreón Muñoz.”

**“Época: Novena Época
Registro: 177643
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
Tomo XXII, Agosto de 2005
Materia(s): Civil
Tesis: IV.1o.C.46 C
Página: 1883**

DAÑOS Y PERJUICIOS. LA COMPROBACIÓN DE SU EXISTENCIA Y CUANTÍA CUANDO SE RECLAMAN EN CANTIDAD LÍQUIDA NO IMPLICA QUE DEBA JUSTIFICARSE EN FORMA EXACTA E INDEFECTIBLE LA CANTIDAD SEÑALADA EN LA DEMANDA.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido en distintos criterios, que cuando los daños y perjuicios fijados en la demanda en cantidad líquida y determinada, su cuántum es un elemento esencial de la acción, al haberse incorporado a las pretensiones y, por ello, deben demostrarse durante el juicio. Este criterio establece la carga procesal de probar no sólo la existencia sino también la cuantía de los daños y perjuicios; sin embargo, ello no implica que deba justificarse en forma exacta e indefectible la cantidad señalada en la demanda, porque ésta sólo delimita las pretensiones del actor, pues sería injusto que por el hecho de que las pruebas acrediten una suma diversa a la reclamada se libere a la parte demandada de la obligación de repararlos; estimar lo contrario llevaría al absurdo de que toda acción donde se reclame el pago de una cantidad líquida, se declare improcedente si con motivo de una excepción o prueba se acredita un monto menor al reclamado, o peor aún, declarar improcedentes las pretensiones del actor porque las pruebas rendidas revelen un importe mayor al precisado en la demanda.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL CUARTO CIRCUITO.

Amparo directo 385/2003. Adrián Gabriel Garza Salinas. 11 de febrero de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: Arturo Ramírez Pérez. Secretario: Set Leonel López Gianopoulos.”

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Finalmente, corresponde dar respuesta a las excepciones y defensas opuestas por la demandada, en los siguientes términos:

1.- EXCEPCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO A LAS CLÁUSULAS, 6º OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, DE LAS CONDICIONES GENRALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOS-AUTOS FRONTERIZOS, NÚMERO C01-1-10-276203, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 68 Y 69 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

La misma resulta improcedente atento a que dicha cláusula sólo aplica en función de su contenido al asegurado, no así al tercero beneficiario, quien además resulta ser ajeno a dicha convención.

2.- EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, PARA RECLAMAR DE MI PODERDANTE TODAS Y CADA UNA DE LAS PRESTACIONES QUE SE CONTIENEN EN EL CAPÍTULO RESPECTIVO.

El excepcionista señaló la falta de acción y derecho para el cobro de las prestaciones reclamadas, remitiéndose a los argumentos manifestados al contestar la demanda.

Así, en principio **resulta parcialmente procedente** en razón de no resultaron procedentes todas las prestaciones reclamadas por el accionante.

No obstante, en atención de la remisión realizada, se tiene que la aseguradora enjuiciada al contestar la demanda y oponerse



al pago de los daños reclamados en términos de la prestación identificada bajo el inciso “b)” -que dicho sea resultó procedente en los términos que se ha establecido en esta resolución-; cabe atender que se opuso señalando medularmente, que de resultar procedente la pretensión, el límite de su responsabilidad está claramente señalado en los puntos 3.1. y 3.2. del numeral 3 de la cláusula 1ª “Especificación de Coberturas”, que obran en las condiciones generales de seguros de automóviles residentes y, que forman parte del expediente formado con motivo del siniestro antecedente de la presente controversia (f.43-44).

Motivo por el cual, si bien la aseguradora demandada deberá responder del pago de la indemnización debida por su asegurado, ello deberá ser en los términos previstos en el contrato de seguro, hasta el límite de la suma asegurada, conforme a lo dispuesto por el artículo 145 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su primer párrafo, que al efecto señala:

“Artículo 145.- En el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga hasta el límite de la suma asegurada a

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

[...]"

Luego, si efectivamente como lo señala la
excepcionista, en las condiciones generales de
seguros de automóviles residentes “seguros
atlas”, consta el punto tres de la cláusula
primera, incisos 3.1. y 3.2., los límites
máximos por los cuales deba responder la
aseguradora demandada, en los siguientes
términos:

“3. RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A
TERCEROS (LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO L.U.C.).

Esta cobertura para la responsabilidad civil en que
incurra el asegurado o cualquier persona que con su
consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a
consecuencia de dicho uso cause daños materiales a
terceros en sus bienes y/o les cause lesiones corporales
o la muerte, incluyendo la indemnización por daño moral
que en su caso legalmente corresponda.

En adición, y hasta por una cantidad igual al límite
máximo de responsabilidad, esta cobertura se extiende a
cubrir los gastos y costas a que fuera condenado al
asegurado o cualquier persona que con su consentimiento
expreso o tácito use el vehículo coma en caso de juicio civil
seguido en su contra con motivo de su responsabilidad
civil.

El límite máximo de responsabilidad de la compañía para
esta cobertura se establece en la carátula de esta póliza
y opera como límite único y combinado se abre paréntesis
Luc para los diversos riesgos que se amparan en ella.
[...]"

3.1. RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A
TERCEROS EN SUS PERSONAS.

Esta cobertura ampara la Responsabilidad Civil en que
incurra el Asegurado o cualquier persona que con su

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



consentimiento expreso o tácito usa el vehículo asegurado, y que a consecuencia de dicho uso cause lesiones corporales o la muerte a terceros distintos de los ocupantes del vehículo asegurado.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para esta cobertura, será de \$250,000.00 (doscientos cincuenta mil pesos 00/100 moneda nacional).

En esta cobertura se ampara el daño moral que legalmente corresponda dentro del límite máximo de responsabilidad establecido.

En adición y hasta por una cantidad igual al 50% de su límite máximo de responsabilidad, esta cobertura se extiende a cubrir los gastos y costas a que fuere condenado el Asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo, en caso de juicio civil seguido en su contra con motivo de la Responsabilidad Civil amparada por esta cobertura.

3.2. RESPONSABILIDAD CIVIL, POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES.

Esta cobertura ampara la Responsabilidad Civil en que incurra el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause daños materiales a terceros en sus bienes.

El límite máximo de responsabilidad de la compañía para esta cobertura será de \$250,000.00 (doscientos cincuenta mil pesos 00/100 moneda nacional).

Cuando no se haya contratado la cobertura de 3.1 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Personas, esta cobertura cubrirá el daño moral que legalmente corresponda dentro del límite máximo de responsabilidad establecido.

En adición y hasta por una cantidad igual al 50% de su límite máximo de responsabilidad, esta cobertura se extiende a cubrir los gastos y cosas a que fuere condenado el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo, en caso de juicio civil seguido en su contra con motivo de la responsabilidad civil amparada por esta cobertura.”

Por esta razón también resulta procedente la excepción a estudio, toda vez que deberá

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



establecerse, que el monto de la condena resultante sólo procederá hasta el límite señalado en la carátula de la póliza, en correlación con el punto “3”, incisos 3.1 y 3.2, de la cláusula 1ª de las condiciones generales de la póliza, en donde se establecen los límites señalados para la cobertura de responsabilidad civil por daños en los bienes y en la persona.

Es así, que en términos de la póliza de seguro número **CO1-1-10-276203**, el monto de cobertura que atiende para la responsabilidad civil, es **por la cantidad de \$1'500,000.00 (UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.)**, siendo el límite único y combinado (L.U.C.); por lo que el monto de la condena que sea determinado en ejecución de sentencia, no deberá rebasar dicho límite de cobertura.

En orden, y toda vez que ha resultado procedente la condena sobre el cumplimiento del contrato de seguro base de la acción; en ejecución de sentencia y para la determinación la cantidad correspondiente por responsabilidad civil, también deberán ser

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
 Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
 IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
 EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
 Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
 Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



considerados los gastos que la aseguradora efectuó de inicio.

Toda vez que, efectivamente como lo señaló la enjuiciada al contestar la demanda, el accionante recibió atención médica, por la cual, la aseguradora erogó gastos, tal y como así lo revela la factura con número de serie y folio interno: “C246506”, anexa en el expediente formado con motivo del siniestro y que forma parte del sumario de pruebas, por la cantidad de **\$2,233 (DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.)**; cuenta habida que el actor al desahogar la vista que se le dio con las excepciones y defensas, en lo referente precisó: “... *que nunca ha prestado una atención acorde con los daños ocasionados por el asegurado, y una atención mínima y mal hecha, es lo mismo que incumplir con la totalidad del contrato de seguro, pues no subsana del daño ocasionado.*” (f.118).

De ahí que claramente consta evidenciado la atención inicial recibida por el actor derivado del pase médico extendido por la empresa aseguradora el cuatro de febrero de dos mil



dieciséis, que obra en el expediente formado con motivo del siniestro número CO1265/16, por el cual la aseguradora pago la cantidad anteriormente señalada, y en consecuencia como se ha dicho, al determinarse la cantidad correspondiente por concepto de indemnización en ejecución de sentencia, deberán considerarse los gastos que originalmente efectúo la empresa de seguros con motivo de la atención médica que recibió el accionante al amparo del pase médico que le extendió.

3.- EXCEPCIÓN DE OBSCURIDAD EN LA DEMANDA.

De igual forma resulta improcedente dicha excepción, debido a que el actor estableció claramente los hechos en los que hizo descansar sus pretensiones, tan es así, que la demandada se pronunció sobre cada uno de ellos, oponiéndose a las prestaciones basadas en los mismos.

4.- EXCEPCIÓN DERIVADA DEL ARTÍCULO 1390 BIS 11 FRACCIÓN VIII DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Resulta infundada la excepción a estudio, debido a que de constancias de autos no obran más pruebas admitidas que las aportadas por las partes incluidas las supervenientes y, que en el caso del actor resultaron suficientes para demostrar la procedencia de su acción de cumplimiento de contrato, no así la todas las prestaciones reclamadas, mientras que la demandada no justificó con medio idóneo sus afirmaciones para desvirtuar su procedencia.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



5.- EXCEPCIÓN DE PLUS PETITIO.

La misma deviene infundada, debido a que la controversia versó sobre la procedencia del cumplimiento de contrato de seguro y, se resolvió atendiendo a la procedencia de lo reclamado, sin que por tanto obre causa que atender en el sentido de que, la actora trata de evitarse perjuicios, ya que de antemano asumió el compromiso de responder por los daños ocasionados en caso de actualizarse un siniestro en términos de la póliza de seguro base de la acción.

6.- EXCEPCIÓN DE ENRIQUECIMIENTO ILÍCITO O COBRO DE LO INDEBIDO.

Asimismo, resulta improcedente dicha excepción, dado que no obra cobro indebido alguno, mucho menos que haya existido una conducta dolosa por haber denunciado al asegurado; debiendo estarse a lo establecido al valorar las pruebas de la demandada, en específico la número cinco.

7. DEFENSA SINE ACTIONE AGIS.

Defensa que deviene improcedente, debido a que la parte actora asumió la carga de la prueba, como lo revela la valoración de pruebas realizado por esta autoridad revisora, en que se estableció la procedencia de la acción, sin que además haya formado parte de la litis la existencia del daño.

8.- EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO POR LO QUE HACE AL PAGO DE DAÑOS Y PERJUICIOS.

Excepción que resulta improcedente, debido a que claramente fueron precisados los daños sufridos, con independencia de que no todos los reclamos hayas resultado procedentes; además de que el numeral seis de la cláusula tercera, además de sólo aplicar al asegurado, excluye los perjuicios indirectos, no así los que de manera directa se hayan generado.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



9. EXCEPCIÓN DE CULPA INEXCUSABLE DE LA VICTIMA.

Finalmente, también resulta infundada esta excepción debido a que, además de que no obra demostrado que el actor no llevara puesto el cinturón de seguridad al momento del accidente, contrario a lo señalado y, derivado de la valoración del material probatorio, la aseguradora demandada no demostró su afirmación en el sentido de que los daños producidos a la rodilla del actor no fueran de la magnitud que los médicos tratantes refirieron y, que incluso prescribieron la necesidad de operar.

V. A continuación, se transcriben los agravios del recurso adhesivo de la demandada.

*“UNICO.- El presente razonamiento se hace valer en razón de que, si bien es cierto, mi mandante obtuvo fallo favorable mediante la resolución, definitiva de fecha veintidós de agosto de dos mil diecinueve, también es cierto que, el A Quo omite entrar al estudio de las excepciones y defensas opuestas por mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.** asimismo y en caso de que la alzada le de la razón por la parte actora, deberá entrar a la valoración de todo el cumulo probatorio ofrecido en el escrito de pruebas, así como de las excepciones y defensas vertidas en el escrito de contestación de demanda del presente asunto se advierte que:*

1.- EXCEPCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO A LAS CLÁUSULAS, 6º OBLIGACIONES DEL ASEGURADO, DE LAS CONDICIONES GENRALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOS-AUTOS FRONTERIZOS, NÚMERO C01-1-10-276203, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 68 Y 69 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

Toda vez que por parte del demandante no le existe acción ni derecho para mandar a mi representada las prestaciones reclamadas, lo anterior en razón de que el C.

ha incurrido en incumplimiento de las obligaciones a que se encuentra sujeta en términos de la Cláusula 6º Obligaciones del Asegurado número 1, inciso b) en el que se señala que el Asegurado se obliga a remitir los documentos o copia de los mismos, que con motivo de la reclamación se le hubiere entregado, a lo que en su defecto y falta de cumplimiento se señala, liberará a la Compañía de cubrir la indemnización que corresponda a la cobertura afectada por el siniestro reportado.



Asimismo, en términos de la referida Ley del Contrato del Seguro, el Asegurado está obligado a comprobar con exactitud el fundamento de su reclamación y de cuantos extremos estén consignados en la misma, así como la Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado del Beneficiario toda clase de informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y el Asegurado entregará a la Compañía, los documentales y datos que especifica en cada cobertura.

Como puede observar, dicho incumplimiento por parte del demandante se actualiza en el presente asunto, en el sentido de que tanto en el momento en que presentó su reclamación, así como en los diversos requerimientos que se le han realizado, ha sido omiso en acreditar la magnitud de sus pretensiones, así como las razones para negarse a recibir la atención que le fue ofrecida por mi representada, por lo que es posible determinar que mi poderdante se encuentra imposibilitado para verificar la procedencia de las pretensiones del demandante.

2.- EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, PARA RECLAMAR DE MI PODERDANTE TODAS Y CADA UNA DE LAS PRESTACIONES QUE SE CONTIENEN EN EL CAPÍTULO RESPECTIVO.

Toda vez que, no existe asistencia de acción y derecho, para el cobro de las prestaciones que se reclaman.

Ahora bien, toda vez que en su oportunidad, se realizó pronunciamiento a cada una de las prestaciones en cuestión, y que en el mismo, se manifestaron los argumentos legales y humanos que hacen sostenibles la procedencia de la excepción que nos ocupa, con la finalidad de evitar que hacen sostenible la procedencia de la excepción que nos ocupa, con la finalidad de evitar que en su momento A Quo, realice respectivos análisis, sobre consideraciones que han sido ya expuestas, consecuentemente, me remito en todas y cada una de sus partes a la contestación que se formuló a las prestaciones signadas con los incisos a), b), c), d), e) y f) del Capítulo respectivo, solicitando que se tenga por aquí reproducido dicho análisis, como si a la letra se hubiere insertado, determinando Usía, la procedencia de la excepción de mérito.

Con independencia de lo anterior, no es menos importante hacer del conocimiento que en su momento se entre al estudio de la misma por A Quo, la notable improcedencia de las prestaciones que se reclaman de mi representada, porque las prestaciones que se señalan no corresponden a la realidad de los hechos, lo anterior en el sentido de que por parte de SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA no se ha incumplido con los términos de la multicitada póliza y de los preceptos

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



legales correspondientes, lo anterior en perjuicio del C.
y por lo tanto el daño que dice se le causó no se materializó.

Expuesto que ha sido lo anterior, debe precisarse que a la parte actora no le asiste el derecho para enderezar su demanda, puesto que la litis del presente juicio quedará fijada con el escrito inicial de demanda y con la contestación que se formula por parte de mi poderdante, lo anterior en el sentido, de que al haber sido emplazada a juicio mi representada ya no es procedente ampliar la demanda y en razón de que el presente es un procedimiento de estricto derecho, no es apto suplir la deficiencia de la queja de que se adolece la demanda.

3.- EXCEPCIÓN DE OBSCURIDAD EN LA DEMANDA.

Esta excepción se interpuso toda vez que la enjuiciante, resulta omisa en referir de manera clara ante el juzgador, es qué hechos específicamente descansa su razón del pedir, asimismo, en poner del conocimiento del juzgador, los motivos por los cuales, estima se incurrió en incumplimiento de las obligaciones contractuales a las que se sujetó SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA en términos de la póliza de mérito, máxime que ha sido el accionante quien se negó a recibir la atención ofrecida por mi representada.

Como consecuencia inmediata de lo anterior, al no tener claro esta parte, los procedimientos específicos, o la falta de probidad en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por mi representada, en la multicitada Póliza que es un Contrato de Seguro, mi poderdante se ve evidentemente limitada, en la posibilidad y derecho humano a una adecuada defensa, al no poder formular pronunciamiento certero y oportuno, a todas y cada una de las presuntas omisiones en las que la parte actora dice, incurrió la moral que represento.

En tal virtud, su Señoría a su vez, se verá también imposibilitada para la emisión de una justa resolución, si no son puestos en su pertinente consideración, todos los elementos en los que se descansa el ejercicio de la acción que nos tiene inmersos, ello, en claro perjuicio de mi poderdante, situación por la cual, se solicita la declaratoria de procedencia de la excepción que nos ocupa.

4.- EXCEPCIÓN DERIVADA DEL ARTÍCULO 1390 BIS 11 FRACCIÓN VIII DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Toda vez que acorde con el precepto legal en el que se sustenta la excepción de mérito, no se debe aceptar por parte del accionante, cualquier documento o medio de prueba alguno que no tenga el carácter de superveniente.



Por tanto, se encuentra precluido el derecho de la parte actora, PODER OFRECER MÁS MEDIOS DE PRUEBA TENDIENTES PARA ACREDITAR SU DICHO, siendo que como se ha referido no se ha exhibido documental alguna en que se consigne que el accionante tiene un daño en la magnitud que refiere, así como que estos son consecuencia inmediata del siniestro acontecido en fecha 04 de febrero de 2016.

Lo anterior, ya que conforme al ARTÍCULO 1390 BIS 11 FRACCIÓN VIII DEL CÓDIGO DE COMERCIO, la parte actora debió ofrecer todas las pruebas que pretende rendir en juicio desde el escrito inicial de demanda, siendo que del contenido de la demanda se advierte que la demandante fue omisa en señalar medios de prueba que acrediten todas sus aseveraciones, es procedente acusarse la rebeldía en que incurrió y por perdido su derecho para hacerlo valer con posterioridad.

5.- EXCEPCIÓN DE PLUS PETITIO.

Toda vez que, el pago reclamado por la actora en su capítulo de prestaciones de la demanda que se contesta, es infundado y totalmente improcedente, carece de todo fundamento lógico y jurídico para reclamar las prestaciones que pretende, ya que SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA no ha actuado en perjuicio del accionante, siendo que hasta el momento ha respetado las obligaciones que contrajo con el asegurado y con el accionante como tercero beneficiario, por lo tanto, se puede desprender la finalidad del demandante, la cual se traduce en allegarse de un beneficio económico con la interposición de la presente acción, en perjuicio de mi representada, por lo que suponiendo sin conceder que sea procedente la acción instaurada por la parte actora, desde este momento señalo que debería atenderse que cuando haya conflicto de derechos, a falta de ley expresa que sea aplicable, la controversia se decidirá a favor del que trate de evitarse perjuicios y no a favor del que pretenda obtener lucro. Si el conflicto fuere entre derechos iguales o de la misma especie, se decidirá observando la mayor igualdad posible entre los interesados.

Luego entonces, conforme a lo expuesto en el presente razonamiento, queda debidamente acreditada la **EXCEPCIÓN DE PLUS PETITIO** planteada en el momento procesal oportuno por la sociedad demandada, la cual debe ser estudiada en su momento por su A Quo a fin de tener a bien absolver de las prestaciones que se le demandan, toda vez que, la mismas resultan a todas luces infundadas y totalmente improcedentes, al carecer de todo fundamento lógico y jurídico, máxime que la sociedad mercantil **SERGUROS ATLAS, S.A.** no ha actuado en perjuicio del accionante como tercero beneficiario, respetando en todo momento las obligaciones que contrajo con el asegurado, por lo tanto, se puede desprender la finalidad del demandante, la cual se traduce en allegarse de

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



un beneficio económico con la interposición de la presente acción, en perjuicio de mi mandante.

6.- EXCEPCIÓN DE ENRIQUECIMIENTO ILÍCITO O COBRO DE LO INDEBIDO.

Esta excepción es procedente, ya que la promovente del juicio, reclama a mi mandante, el pago y cumplimiento de diversas prestaciones, que ningún derecho tiene a reclamar, dejando notar con las altísimas cantidades que pretende, que lo único que intenta es allegarse de un beneficio económico a costa del trabajo de otros, puesto que se precisaran de manera contundente, los argumentos legales, que hacen improcedente la acción intentada.

Ahora bien, no menos importante resulta referir, que la causa penal aludida por el accionante fue iniciada en contra del asegurado , y la presente demanda ha sido incoada en contra de mi representada, por lo que es evidente la conducta dolosa con que se conduce el C. , al pretender hacer un cobro a su favor a cargo de ambas personas y mediante la interposición de las instancias referidas, por lo que se esté en posibilidad de determinar que el demandante pretende hacer cobro de lo indebido a costa de mi representada, máxime que como se ha mencionado, los daños que se ocasionaron con motivo de la colisión de fecha 04 de febrero no acontecieron en la magnitud que pretende el accionante.

7. DEFENSA SINE ACTIONE AGIS.

En virtud de que, en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, corresponde a la parte actora, acreditar y probar todos y cada uno de los hechos constitutivos de su acción, arrojándole la parte que represento, la carga de la prueba.

Asimismo, la oposición de la defensa que nos atañe, es en virtud de la negación expresa que a nombre de mi poderdante se realiza, en cuanto a la asistencia de la acción y derecho del accionante, para reclamar de la moral denominada SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA, las prestaciones que se citan en el capítulo respectivo, en el entendido de que nunca existió omisión, e incumplimiento alguno, en relación a las obligaciones contraídas en términos de la multicitada póliza de seguro.

Lo anterior referido se hace valer, con independencia de que la supuesta negativa de mi poderdante para pagar la cobertura por concepto de RESPONSABILIDAD CIVIL, que le causó el presente daño patrimonial que aduce, nunca se materializó tal y como se acreditará en juicio, siendo que dicha situación se advierte de los medios de prueba que se desahogaron en juicio, en los que consta la realidad de los hechos que se ventilan en



la presente litis, cuyo contenido prueba lo contrario a lo que suscriben los hechos del escrito inicial de demanda.

8.- EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO POR LO QUE HACE AL PAGO DE DAÑOS Y PERJUICIOS.

La parte actora carece totalmente de acción y derecho para reclamar de mi representada el pago de una cantidad por concepto de daños y perjuicios debido a que la parte actora se abstiene de señalar con precisión y claridad en qué consisten los daños que dice sufrió como consecuencia inmediata y directa de una conducta imputable a mi poderdante y al efecto se transcriben los siguientes criterios de nuestros tribunales de Amparo:

Registro Digital. 201121
DAÑOS Y PERJUICIOS. EL ACTOR DEBE SEÑALAR EN SU DEMANDA EN QUE CONSISTIERON Y CUALES SON.
[...]

Registro Digital: 205148
DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN. PARA OBTENER SU PAGO DEBE EJERCITARSE LA ACCIÓN CORRESPONDIENTE Y EXPRESAR LOS HECHOS RELATIVOS.
[...]

DAÑOS Y PERJUICIOS. EL DERECHO A ELLOS DEBE DEMOSTRARSE EN FORMA AUTÓNOMA AL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN EN QUE SE FUNDEN, EN TANTO ESTA ÚLTIMA NO IMPLICA QUE NECESARIA E INDEFECTIBLEMENTE SE CAUSEN.

Luego entonces, al entrar al estudio del escrito inicial de demanda, se puede observar que la parte actora no hace mención alguna en la existencia de esos daños y perjuicios, únicamente se limita a anunciarlos pero no a aclararlos, denotando nuevamente la obscura e irregular de la demanda, máxime que no aporta elementos suficientes para acreditar los daños y perjuicios que enuncia en su escrito inicial de demanda, e incluso es omisa en señalar por qué dicha prestación asciende a la exorbitante cantidad que señala, la cual es el monto de \$1,177, 902.60 (UN MILLÓN CIENTO SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS 60/100 M.N.) por lo tanto su Señoría deberá de declarar procedente la excepción a la que hago referencia en el presente capítulo y absolver a mi representada de esta prestación al momento de dictar la sentencia definitiva que por derecho corresponda.

9. EXCEPCIÓN DE CULPA INEXCUSABLE DE LA VICTIMA.



La legislación civil aplicable para la Ciudad de México, determina el concepto “culpa”, al establecer que “hay culpa o negligencia, cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa, o deja de ejecutar los que son necesarios para ella. Ahora bien el concepto Culpa Inexcusable de la víctima, se actualiza cuando esta última se encuentra desprovista de un deber de cuidado, que de acuerdo con sus circunstancias personales le incumbía.

Es por lo anteriormente expuesto, que las lesiones que menciona el accionante y que se hacen consistir en lesión de columna vertical y rodilla derecha, no pudieron ser ocasionadas de forma directa por la colisión por alcance que se suscitó con el vehículo del C.

, siendo que como se ha mencionado con anterioridad, en la mecánica del accidente el cuerpo tiende a dirigirse hacia adelante por transmisión de la energía del vehículo incidente al respaldo del asiento y a los ocupantes del automóvil alcanzado. Este desplazamiento solidario del asiento con el tronco no se ve acompañado del mismo movimiento en la cabeza que, debido a que tiene el centro de gravedad en una situación relativamente posterior, y a que tiende a retardar su movimiento respecto al del tronco, pivotaría hacia atrás sobre el cuello, produciendo una hiperextensión, lo que se podría evitar mediante el reposacabezas situado adecuadamente.

En ese sentido, queda evidenciado que durante la mecánica del citado hecho de tránsito, no es posible causar las lesiones de que se adolece el accionante, siendo que en cumplimiento de las disposiciones que emanan del Reglamento de Vialidad y Tránsito para el Municipio de Juárez, Estado de Chihuahua, vigente, se desprende que (i) los conductores de cualquier tipo de vehículo, tienen la obligación de obedecer la disposiciones del reglamento, (ii) los vehículos automotores de cuatro ruedas deberán estar provistos de cinturones de seguridad en los asientos, y (iii) tanto el conductor como sus acompañantes deben llevar puesto el cinturón de seguridad cuando el vehículo se encuentre en movimiento, todo lo anterior de conformidad con las disposiciones contenidas en los siguientes artículos, del citado reglamento:

[...]

Dado lo anterior, y en el sentido de que el accionante
, así como cualquier conductor, tiene la ineludible obligación de puesto el cinturón de seguridad cuando el vehículo se encuentre en movimiento, es que cuando se suscitó el citado percance de colisión, este estaba expuesto únicamente a sufrir latigazo cervical y no lesiones en la columna y rodillas, dado que de tener el cinturón de seguridad puesto, este tuvo que haber estado protegido de tener un impacto directo e inmediato con su vehículo al desprenderse del asiento, y por tanto debe determinarse que



de ser acreditado que el accionante tiene las lesiones que menciona, como consecuencia inmediata de la colisión que se suscitó con el C. , el pasado 04 de febrero de 2016, éstas fueron provocadas por una causa ajena tanto al asegurado en mención como para SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA.

Máxime que como menciona el accionante, en el correlativo hecho, este se encontraba circulando sobre la calle Paseo Triunfo de la República, situación de la que se desprende que esta tenía la obligación de portar el referido cinturón de seguridad, y por lo tanto la gravedad de los supuestos lesiones, atendiendo a la biomecánica del impacto, deben ser menores a las que se dice le fueron provocadas.

Es menester de mi mandante SEGUROS ATLAS, S.A. reiterar que los hechos que narra el enjuiciado en su escrito inicial de demanda no corresponden a la realidad acaecida de motivo del siniestro acaecido de fecha 04 de febrero de 2016, consistente en la colisión por alcance del vehículo asegurado, mismo que era conducido por asegurado, y el automóvil por el tercero el ahora actor

, tal y como se refiere en las Consideraciones que se consignan en el informe Pericial en materia de hechos de tránsito terrestre, que obre en la Carpeta Penal allegada a juicio por el accionante, medio de convicción que prueba plenamente en su contra en todas su partes en términos del artículo 1298 del Código de Comercio, lo anterior, a fin de tener por acreditada la EXCEPCIÓN DE CULPA INEXCUSABLE DE LA VÍCTIMA, misma que en caso de que la alzada revoque la Sentencia Definitiva de veintidós de agosto de dos mil diecinueve, esta misma ordena al A Quo, que esta tendrá que entrar al estudio minucioso de la misma con la finalidad de absolver a la sociedad demandada de todas y cada una de las prestaciones que se le reclaman.

Lo anterior, se robustece con la Declaración Universal de Accidente, que forma parte integral del expediente con número de identificación COI 265/ 16 formado con motivo del siniestro reportado en relación a los hechos, en donde quedo debidamente determinado que el siniestro acontecido en fecha 04 de febrero de 2016 fue una colisión por alcance según literatura contenida en el Artículo Biomecánica del accidente de tráfico, contenido en la Revista Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes del Departamento de Medicina Intensiva, Hospital 12 de octubre, Madrid, documental exhibida y debidamente admitida como desahogada atento a piezas procesales, consistente en:

[...]

En conformidad a lo expuesto, podrá advertir la alzada que invariablemente que dada la naturaleza biomecánica del

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



impacto de colisión por alcance, como aconteció es especie en los hechos que se controvierten en la presente litis, consecuentemente la lesión que se puede provocar lo es únicamente el denominado latigazo cervical con motivo de la hiperextensión hacia atrás de la cabeza.

Es por lo anteriormente expuesto, con las documentales que obran autos debidamente admitidas y desahogadas, que se acredita de manera fehaciente que las lesiones que menciona el accionante y que se hace consistir en lesión de columna vertical y rodilla derecha, no pudieron haber sido ocasionadas de forma directa por la colisión por alcance que se suscitó con el vehículo asegurado, siendo que como se ha mencionado con anterioridad, en la mecánica del accidente el cuerpo tiende a dirigirse hacia adelante por transmisión de la energía del vehículo incidente al respaldo del asiento y a los ocupantes del automóvil alcanzado, más no hacia adelante para impactar las rodillas, presumiéndose entonces que la parte actora de nombre fue omisa en su deber de responsabilidad de llevar puesto el cinturón de seguridad, como lo exige el reglamento de tránsito.

Dado que lo anterior, en el sentido de que el accionante , así como cualquier conductor, tiene la ineludible obligación de traer puesto el cinturón de seguridad cuando el vehículo se encuentra en movimiento, motivo por el cual, cuando se suscitó el citado percance de colisión, este estaba expuesto únicamente a sufrir latigazo cervical, más no lesiones en la columna y rodillas, dado que de tener el cinturón de seguridad puesto, este tuvo que haber estado protegido de tener un impacto directo e inmediato con su automóvil al desprenderse el asiento, y por tanto debe determinarse que de ser acreditado que el accionante tiene las lesiones que menciona, como consecuencia inmediata de la colisión que se suscitó con el asegurado el pasado 04 de febrero de 2016, éstas fueron provocadas por una causa ajena al asegurado en mención como para **SEGUROS ATLAS, SOCIEDAD ANÓNIMA**, motivo por el cual, queda debidamente acreditada la **EXCEPCIÓN DE CULPA INEXCUSABLE DE LA VÍCTIMA**, en consecuencia resulta procedente que en su momento y previo estudio de la Excepción planteada el A Quo determine en estricto derecho absolver a mi mandante de todas y cada una de las prestaciones que se reclaman.

Es de explorado derecho que de conformidad a las cargas procesales en juicio establecidas en el artículo 1194 del Código de Comercio, el actor debe probar su acción y el reo sus excepciones, en esa tesitura de conformidad a constancias de autos puede advertirse indubitadamente que mi mandante ha asumido la carga procesal que le corresponde, en contraposición a la actora que es omisa en acreditar de manera fehaciente los extremos de su acción.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Asimismo y en razón del cumulo probatorio aportado por las partes, se advierte que la actora únicamente exhibe una serie de documentos que a todas luces resultan insuficientes a fin de tener por acreditados los hechos de la manera en la que fueron expuestos en el escrito inicial para acreditar los extremos constitutivos de su acción de pago por concepto de cobertura por responsabilidad civil, lo expuesto, tal como fue advertido ante el A Quo en el escrito de contestación de demanda mediante las excepciones y defensas que fueron expuestas de manera oportuna por mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.**

En ese contexto, y en caso de que su Alzada determine revocar la sentencia de fecha veintidós de agosto de dos mil diecinueve dictada por su A quo habrá de determinar la improcedencia de la acción incoada por la actora al no haber asumido la carga procesal de probar los hechos sobre los cuales descansa las prestaciones que reclama de la moral demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**, pues es de explorado derecho que para acreditar la acción no basta que la parte actora haya acompañado diversos documentos con su demanda, pues conforme a los criterios jurisprudenciales de nuestro más alto Tribunal no basta la exhibición de documento alguno, para que por ese simple hecho se tenga por acreditada la acción, por lo tanto, al ejercitarse una acción, la actora está obligada a citar, transcribir o referirse a la parte medular o contenido particular de los documentos que le servirán para motivar y fundamentar los hechos, caso contrario, dejó la carga al juzgador de analizar y tomar la parte del contenido de dichos documentos que le beneficie al accionante, convirtiéndose así en juez y parte, lo que es contrario a derecho.

Previamente lo expuesto en líneas anteriores, es menester referir de nueva cuenta como se manifiesta en la secuela procesal, el actor reclama pago por cobertura de responsabilidad civil derivada del siniestro del 04 de febrero de 2016, sin embargo, contrario a lo que manifiesta el accionante con motivo de la reclamación a fin hacer efectivo el cobro de la Cobertura Responsabilidad Civil, ha sido debidamente atendida por mi representada, tal como consta en la Declaración Universal de Accidente, la cual, forma parte íntegra del expediente, con número de identificación COI 265/16 formado con motivo del siniestro reportado en relación a los hechos que dan origen a la presente controversia.

Sin soslayar, que con motivo del siniestro al tercero se le proporcionó volante para la Agencia **ALDEN JUÁREZ COLLISION CENTER** con la finalidad de reparar los daños ocasionados a su vehículo; asimismo con motivo de la atención médica que recibió el demandante mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.** erogó la cantidad de \$2,233.00 (dos mil doscientos treinta y dos pesos

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



00/100 m.n.), tal y como se acredita con la Factura Serie y Folio Interno C 246506, que se encuentra adjunta en el expediente de siniestro, prueba documental que obra en autos, la cual fue debidamente admitida y desahogada para su Señoría con las formalidades legales requeridas; luego entonces, con lo anterior, queda demostrado de manera fehaciente que mi poderdante no ha emitido negativa para cubrir el pago de lo solicitado, a fin de cumplir con las obligaciones contractuales que contrajo mediante Póliza de seguro C01-1-10-276203.

Lo anterior, queda corroborado de conformidad a la prueba confesional a cargo de la parte actora, desprendiéndose de manera indubitable al momento de absolver posiciones únicamente refiere de manera ambigua que la agencia **ALDEN JUÁREZ** no tiene la capacidad técnica para la reparación de un vehículo eléctrico, manifestando a su vez que la reparación no fue realizada y que además la cantidad determinada para las reparaciones por el seguro no cubren los daños (sic) causados, por lo anterior, queda en evidencia que dichas manifestaciones se realizan sin ningún fundamento objetivo, son meramente apreciaciones subjetivas del actor, por lo que si no se llevó a cabo la reparación del vehículo siniestro fue causa imputable al accionante más no a mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.** quien en todo momento tuvo la apertura y disponibilidad llevar a cabo las acciones necesarias para reparar el daño conforme al contrato de seguro, lo cual se concatena, perfeccionando, dichas manifestaciones con el desahogo de la confesional a cargo de la sociedad demandada, sin soslayar que del cumulo probatorio desahogado durante la secuela procesal tampoco se advierte la razón del dicho del actor, en consecuencia su Señoría deberá de tener por acreditado el cabal cumplimiento de la responsabilidad civil, en los términos en que se determinó al momento del siniestro, tal como fue referido en el escrito de contestación de demanda, absolviéndola entonces de todas y cada una de la (sic) prestaciones que se le reclaman.

En la misma tesitura, prudente resulta exponer de nueva cuenta que, conforme al desahogo de las pruebas allegadas a juicio, que no obstante de que opere la presunción sobre la actualización del riesgo amparado en la póliza que la asegurada debe de desvirtuar, se debe de tener en cuenta, que de conformidad a lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.**, tiene el derecho de exigir del seguro o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionado con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Asimismo, acorde a lo que se dispone en el artículo 70 de la ley, las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulando o declarando hechos que excluirían o pondrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observa en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anteriormente referido.

Hipótesis normativa en cita que se actualiza en la especie en el presente procedimiento, toda vez que, aun cuando en el escrito de contestación de demanda se advierte de manera puntual las omisiones e inexactitud en los hechos narrados por la actora, en concreto en el apartado que refiere la omisión de llevar puesto el centurión de seguridad, en consecuencia y ante la evasiva de manifestarse al respecto por el accionante como se advierte de la vista que desahogo respecto a las excepciones y defensas que se hicieron valer, se deberá de tener por cierta dicha circunstancia, tal presunción cobra relevancia jurídica al obrar en constancias procesales, luego entonces, las mismas hace prueba plena a favor de mi mandante de conformidad con el artículo 1294 del Código de Comercio.

De suma trascendencia resulta precisar que mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.** se encuentra únicamente obligada a cumplir con el pago de las indemnizaciones correspondientes atendiendo a la magnitud del daño ocasionado, sin embargo, atento a constancias procesales, se puede advertir de manera fehaciente que el demandante, no acreditó los extremos de su acción, en razón que del cumulo probatorio que fue desahogado resulta insuficiente para determinar que las prestaciones que se reclaman exceden las valoraciones realizadas por los servicios adscritos propiamente al seguro llevadas a cabo la moral demandada.

No obstante lo anterior, como se ha venido señalando en el presenten ocursu como en la contestación de demanda, una vez reportado el siniestro de mérito, se inició por parte de **SEGUROS ATLAS, S.A.** todas las acciones tendientes a proporcionar la atención correspondiente tanto al asegurado como al tercero, tal como consta en la Declaración Universal de Accidente, que obra en original en el citado expediente, se brindó al asegurado , volante para la Agencia **ALDEN**, así como pase médico a éste último, quedando demostrado que con motivo del incidente requerido.

Lo anterior, queda corroborado de conformidad a la prueba confesional a cargo de la parte actora, desprendiéndose de manera indubitable al momento de absolver posiciones únicamente refiere de manera ambigua que sólo ha recibido consultas médicas, sin indicar de manera objetiva en qué consisten las mismas, por lo anterior, queda en evidencia que dichas manifestaciones se realizan sin ningún fundamento, son meramente apreciaciones subjetivas del actor, por lo que



si no se llevaron las atenciones médicas pertinentes o necesarias, lo fue por causas imputables al accionante más no a mi mandante **SEGUROS ATLAS, S.A.** quien en todo momento tuvo la apertura y disponibilidad llevar a cabo las acciones necesarias para reparar el daño a la persona conforme al contrato de segur, lo cual se concatena, perfeccionando dichas manifestaciones con el desahogo de la confesional a cargo de la sociedad demandada, sin soslayar que del cumulo probatorio desahogado durante la secuela procesal tampoco se advierte la razón del dicho del actor, en consecuencia su Señoría deberá de tener por acreditado el cabal cumplimiento de la responsabilidad civil, en los términos en que se determinó al momento del siniestro, tal como fue referido en el escrito de contestación de demanda, absolviéndola entonces de todas y cada una de la (sic) prestaciones que se le reclaman.

En conclusión, el actor ha sido omiso en acreditar en juicio que **(i)** los daños directos ocasionados a su vehículo en la colisión acontecida en fecha 04 de febrero de 2016, excedan la cantidad de **\$4,207.54** (cuatro mil doscientos siete mil 54/ 100 m.n.) tal y como fue ponderado por la agencia en que fue canalizado para atención, **(ii)** el daño material ocasionado en su persona, no puede ser de la magnitud que afirma, dado que en primer lugar la biomecánica del hecho de transito no responde a tales afirmaciones e incluso presentado el daño como consecuencia directa del siniestro, este no amerita la práctica de intervención quirúrgica alguna, sino de un tratamiento conservador, conforme a lo expuesto es que el informe rendido mediante el oficio 0944034A12 remitido por el **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (I.M.S.S.)** fue objetado en tiempo y en forma, toda vez que no aporta elementos contundentes que lleven a determinar que la incapacidad con motivo de la contusión de la rodilla y la lesión de menisco de rodilla derecha, sean causa directa del siniestro materia de juicio, remitiéndome desde este momento a dichas manifestaciones como si a la letra se insertasen a fin de repeticiones innecesarias.

Sin soslayar que, el accionante fue omiso en presentar documental alguna que acredite **(i)** que el accionante tenga los beneficios laborales que refiere **(ii)** que tales beneficios asciendan a cantidades que refiere, **(iii)** que el demandante haya dejado de ganar las prestaciones que alude, **(iv)** que el accionante este imposibilitado para seguir desempeñando sus funciones laborales, e incluso en qué magnitud se le ha causado la presunta incapacidad y la trascendencia de la misma en sus actividades cotidianas; y por lo tanto acuso la rebeldía en que ha incurrido el demandante para hacerlo con posterioridad.

De lo anterior se desprende que, con independencia de que mi mandante se haya constituido a través de sus abogados para

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



ejecutar los actos de defensa del asegurado, dicha situación no significa que **SEGUROS ATLAS, S.A.** tenga la obligación de pagar al accionante, las prestaciones que mediante el presente juicio reclama, siendo que como se ha referido con anterioridad, el demandante no acredita tener los daños patrimoniales y materiales en la magnitud que alude, y mi representada ha cumplido con sus obligaciones contractuales, al haber proporcionado la atención requerida, siendo que el accionante se negó a recibir la cantidad antes mencionada o en su defecto dejar que su vehículo fuera reparado en la citada agencia.

Ahora bien, no menos importante resulta referir, que la causa penal aludida por el accionante, así como la respectiva **SENTENCIA** del **09 de mayo del 2019**, misma que fue ofrecida en tiempo y forma como prueba superveniente, instancia iniciada en contra del asegurado

, y la presente demanda ha sido incoada en contra de la sociedad que represento, por lo que es evidente la conducta dolosa con que se conduce el C.

, al pretender hacer un cobro a su favor a cargo de ambas personas y mediante la interposición de las instancias referidas, respecto a los perjuicios o cualquier daño indirecto u obligación distinta a la reparación del daño material; por lo que se está en posibilidad de determinar que el demandante pretende hacer cobro de lo indebido a costa de mi la sociedad demandada, máxime que como se ha mencionado, los daños que se ocasionaron con motivo de la colisión de fecha 04 de febrero no acontecieron en la magnitud que pretende el accionante.

Finalmente, dada la naturaleza del siniestro acaecido en fecha 04 de febrero de 2016, que se hizo consistir en colisión con el asegurado

, los riesgos amparados lo son únicamente (i) Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus personas, (ii) Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Bienes, cuyo monto de cobertura a que está obligada mi mandante, asciende a la cantidad de \$250,000.00 (doscientos cincuenta mil pesos 00/100 m.n.) por cada una, y que en conjunto asciende al monto total de \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 m.n.).

Es por lo anteriormente expuesto, que resulta evidente, que de ser procedente la pretensión del accionante, sin que en este momento se reconozca dicha situación, el límite de responsabilidad de la sociedad demandada está claramente señalado en los puntos 3.1 y 3.2 del numeral 3 de la Cláusula 1º Especificación de Coberturas, que obran en las Condiciones Generales de Seguros de Automóviles Residentes, que forman para integral del expediente formado con motivo del siniestro reportado en relación a los hechos que se controvierten en la presente controversia, número de identificación COI 265/16,

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



*lo anterior, dado que el accionante no acredita durante la secuela procesal que los daños exceden los montos señalados que se reclaman a la moral **SEGUROS ATLAS, S.A.** en el escrito inicial de demanda.*

Por lo que, suponiendo sin conceder que sea procedente la acción instaurada por la parte actora, desde este momento señalo que deberá atenderse que cuando haya conflicto de derechos, a falta de ley expresa que sea aplicable, la controversia se decidirá a favor del que trate de evitarse perjuicios y no a favor del que pretende obtener lucro. Si el conflicto fuere entre derechos legales o de la misma especie, se decidirá observando la mayor igualdad posible entre los interesados.

*Como consideración complementaria, es menester hacer notar que en el caso particular, y agotado que fueron los medios probatorios, su A Quo deberá arribar a la conclusión de que no existe acción ni derecho alguno que pueda reclamarse en el presente juicio en contra de mi mandante, por tanto, las manifestaciones de la actora no fueron demostradas en la presente litis, y las pretensiones que estableció en su libelo inicial deberán ser desestimadas, en consecuencia, deberá de tener por no acreditada la acción de la actora al ser totalmente infundada e improcedente, hecha valer con dolo, temeridad y con toda la intención de obtener un lucro indebido a costa de la moral demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**”*

Los motivos en que se funda la apelación adhesiva, tendientes a que prevalezca la absolución, los mismos son **INOPERANTES**, toda vez que, aún y cuando verdad que la finalidad de la apelación adhesiva es mejorar las consideraciones del A Quo evitando la procedencia de los agravios en la apelación principal; lo cierto es que en el presente asunto, debido a que parte de los agravios hechos valer por el actor en la apelación principal resultaron fundados, declarándose procedente la acción de cumplimiento, pero no sin antes dar respuesta a las excepciones opuestas por la demandada; luego entonces la pretensión en esta apelación adhesiva ha sido atendida, sin que dichas excepciones hayan evitado la revocación del fallo de primer grado.

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



Consideración que se apoya en el criterio contenido en la siguiente tesis:

**“Época: Novena Época
Registro: 195989
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
Tomo VII, Junio de 1998
Materia(s): Civil
Tesis: XI.3o.8 C
Página: 615**

APELACIÓN EN MATERIA CIVIL. LÍMITES DE LA (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE MICHOACÁN).

Conforme a lo dispuesto por los artículos 694, 695 y 705 del Código de Procedimientos Civiles del Estado, el recurso de apelación tiene por objeto que el tribunal superior revoque o modifique la resolución del inferior, en los puntos relativos a los agravios expresados; pudiendo apelar el litigante si creyere haber recibido algún agravio, los terceros que hayan salido a juicio y los demás interesados a quienes perjudique la resolución judicial; y adherirse la parte que obtuvo. De consiguiente, en la apelación se abre íntegramente la instancia y el tribunal de alzada puede considerar todas las cuestiones que fueron materia del juicio, siempre y cuando todos esos aspectos hayan sido sometidos a su consideración en vía de agravio; esto es, el principio de plenitud de jurisdicción sufre una limitación en los casos en que el recurso se interpone contra una parte de la sentencia, pues entonces el tribunal no puede pronunciarse sino sobre lo que es materia del mismo. Así las cosas, si la apelada no se adhiere a la apelación de su contraria, para tratar de fortalecer los argumentos o razonamientos poco convincentes o mal expresados en que se sostuvo la citada sentencia recurrida, consiente las consideraciones que expresó el Juez para sustentarla y la responsable debe limitarse a examinarla a la luz de los agravios expresados por la apelante, pues de analizar cuestiones que aun cuando planteadas por la parte que obtuvo no habían sido analizadas por el Juez de primera instancia, ni dicha parte se había quejado de la omisión de éste, ni se adhirió a la apelación de su contrario, suple la deficiencia de la queja en un caso no permitido legal ni constitucionalmente y rompe el equilibrio procesal entre las partes; ya que la finalidad de la apelación adhesiva no es que uno de los litigantes se asocie a otro para que éste obtenga, tampoco significa que ninguna de las partes esté conforme con la sentencia pronunciada, sino evitar que el tribunal superior revoque el fallo de primer grado con vista en los agravios expresados por el apelante principal, proporcionando al tribunal de alzada

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



argumentos más sólidos y convincentes que los expuestos por el Juez de primera instancia, ya sea porque los aducidos sean débiles o partan de apreciaciones incorrectas, y recurrir los considerandos que sirven de antecedentes o fundamento al fallo, a fin de que queden subsistentes los puntos resolutivos.

TERCER TRIBUNAL COLEGIADO DEL DÉCIMO PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 719/97. Mac'ma, S.A. de C.V. 22 de enero de 1998. Unanimidad de votos. Ponente: Moisés Duarte Aguiñiga. Secretario: Juan García Orozco.

‘Nota: Por ejecutoria de fecha 18 de abril de 2007, la Primera Sala declaró inexistente la contradicción de tesis 144/2006-PS en que participó el presente criterio.’

VI. En las relatadas condiciones, ante lo **FUNDADO** de los agravios expresados por la parte actora, se entró al estudio, tanto de la acción como de las excepciones opuestas por la aseguradora demandada, previa valoración de pruebas, deberá revocarse la sentencia impugnada, para quedar en los siguientes términos:

“PRIMERO.- Ha sido procedente la Vía Ordinaria Mercantil en donde el actor acreditó su acción de cumplimiento de contrato y, sus prestaciones fueron parcialmente procedentes; mientras que las excepciones y defensas opuestas por la parte demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.**, resultaron parcialmente procedentes, en consecuencia;

SEGUNDO.- Se condena a la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.** al pago de la cantidad que por concepto de indemnización será determinada en ejecución de sentencia, con base en los conceptos procedentes; sin que el monto de la misma rebase el límite de la cobertura de responsabilidad civil conforme a lo estipulado en la póliza de seguro y las condiciones generales; considerando además los gastos que originalmente efectuó la empresa de seguros con motivo de la atención médica que

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



recibió el accionante; además de la cantidad correspondiente en términos de lo que establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, así como los intereses moratorios que se generen a partir del dictado de la sentencia, a favor del actor

.

TERCERO.- Se absuelve a la demandada **SEGUROS ATLAS, S.A.** de la prestación identificada con el inciso “c)” que le fue reclamada por el actor.

CUARTO.- No se hace condena alguna al pago de costas.

QUINTO.- NOTIFÍQUESE...”

VII. Al no actualizarse supuesto alguno de los contenidos en el artículo 1084 del Código de Comercio, no se hace condena alguna al pago de costas procesales en esta segunda instancia.

Por lo expuesto y fundado se:

R E S U E L V E

PRIMERO. Resultan en parte **INOPERANTES** y en otra **FUNDADOS** los agravios hechos valer por la parte actora de forma principal, e **INOPERANTES** los adhesivos expresados por la demandada; en contra de la sentencia definitiva del **veintidós** de **agosto** de **dos mil diecinueve**, dictada por el **C. JUEZ TRIGÉSIMO DE LO CIVIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, en los autos del juicio **ORDINARIO MERCANTIL** seguido por

, en contra de **SEGUROS ATLAS, S.A.**, en consecuencia, ante lo fundado de los agravios:

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento: | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |
Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --



SEGUNDO.- Se **REVOCA** la sentencia definitiva recurrida, para quedar en los términos establecidos en la parte considerativa de la presente resolución.

TERCERO.- No ha lugar a condenar al pago de costas procesales en esta segunda instancia.

CUARTO.- Notifíquese y guárdese copia autorizada de la presente resolución, comuníquese al **H. SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO**, el cumplimiento que ésta autoridad revisora ha dado a las ejecutorias de referencia. Con testimonio de la presente resolución comuníquese al a quo y en su oportunidad archívese el presente toca como asunto totalmente concluido.

A S Í en forma colegiada y por unanimidad de votos lo resolvieron y firman los C.C. Magistrados, Licenciada **MÓNICA VENEGAS HERNÁNDEZ**, Licenciado **ELISEO JUAN HERNÁNDEZ VILLAYERDE** y Licenciado **JAIME SILVA GAXIOLA**, todos integrantes de la Tercera Sala Civil del H. Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, siendo ponente la primera de los nombrados, ante la C. Secretaria de Acuerdos, Licenciada **Elsa Zaldívar Cruz**, que autoriza y da fe. Doy fe.



MVH/**Ulf**/nlp
TOCA
AMPARO DIRECTO
P. 282

Vs
SEGUROS ATLAS, S.A.

LIC. PROY. ULISES LÓPEZ FLORES.

*“En el número _____ del Boletín Judicial
De fecha ____ de _____ 2021 se hizo la publicación del
acuerdo anterior. Conste,
El ____ de _____ del año 2021. Surte sus efectos de
Notificación. Doy fe.”*

Firma electrónica SICOR / TSJCDMX -- Tercera Sala Civil |
Clave: 3SC | Documento _____ | Firma: MVENEGASH |
IYAz Q/5E LSM= | 2021-08-09 12:17:19 | Firma:
EHERNANDEZV | bXwU Lbte wNc= | 2021-08-09 12:19:44 |
Firma: JSILVAG | VBtF cGBp v9Q= | 2021-08-09 12:20:34 |
Firma: EZALDIVARC | lo9H /EWN v8U= | 2021-08-09 12:21:13 |

Fecha de publicación: 2021-08-10 | NAS: 5111-1375-1002-
0385-588 -- SICOR / TSJCDMX --

