



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

Ciudad de México, a veintiocho de septiembre de dos mil veintidós.

V I S T O S, para dictar **SENTENCIA DEFINITIVA**, en los autos del
juicio **ORAL MERCANTIL**, promovido por
en contra de **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A.
DE C.V.**, expediente número y

R E S U L T A N D O:

1.- Por escrito presentado ante la Oficialía de Partes Común de este Tribunal
el veinticinco de febrero de dos mil veintidós, recibido en la Oficialía de este
Juzgado el día veintiocho de febrero de dos mil veintidós,
por derecho propio, demandó en la vía **Oral
Mercantil** de **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V.** las
siguientes prestaciones:

"a) El pago de la cantidad de **500,000.00 UDIS (QUINIENTOS MIL
UDIS)** por concepto de fallecimiento, amparada
en la póliza de seguro número 111111111111 cuya vigencia es del **10
de
octubre de 2018 al 10 de octubre de 2081.**

Cantidad cuyo pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades
de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, lo anterior de
conformidad con el artículo 276 fracción I, primer párrafo de la Ley de
Instituciones de Seguros y Fianzas.

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

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

b) El pago de los intereses moratorios sobre la cantidad demandada en la
prestación a), generados a partir de que han transcurrido treinta días desde
que se le informó a la aseguradora del siniestro, por lo que si el aviso de
siniestro se realizó el **14 septiembre de 2020** y la aseguradora entregó su
aviso de rescisión el **16 de octubre de 2020**, se deberán capitalizarse
intereses moratorios al día siguiente de su aviso y deberá capitalizarse



mensualmente sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación por cada mes de mora.

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

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

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

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

(...)

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre a obligación denominada en Unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;"

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

"Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos



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

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

Asimismo, mediante escrito presentado ante la Oficialía de Partes de este Juzgado el catorce de marzo de dos mil veintidós, la parte actora desahogó la prevención ordenada en proveído de fecha uno de marzo de dos mil veintidós, en relación con su capítulo de prestaciones, precisando lo siguiente:

"Sí, se demanda también la indemnización por mora, pidiéndose que la cantidad cuyo pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo."

Fundándose para ello en los hechos y preceptos de derecho que estimó convenientes, mismos que por economía procesal se tienen por reproducidos en obvio de repeticiones.

2.- Mediante proveído de fecha dieciséis de marzo de dos mil veintidós, fue admitida a trámite la demanda en la vía y forma propuestas, ordenando emplazar a la moral demandada SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., para que dentro del término de nueve días contestara la demanda instaurada en su contra; emplazamiento que tuvo verificativo mediante la diligencia practicada por la Actuaría adscrita a este Juzgado con fecha dos de mayo de dos mil veintidós.

3.- Mediante escrito presentado ante la Oficialía de Partes Común de este Tribunal el dieciséis de mayo de dos mil veintidós, recibido en la Oficialía de este Juzgado el día diecisiete de mayo de dos mil veintidós, SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. por conducto de su apoderado , dio contestación en tiempo y forma a la demanda instaurada en su contra, oponiendo las excepciones y defensas que estimó pertinentes, con las que se dio vista a la parte actora, para que dentro del término de tres días se manifestara al respecto, y quien





la desahogó mediante ocurso recibido en la Oficialía de partes de este Juzgado el nueve de junio de dos mil veintidós.

4.- Seguido el juicio en todas sus etapas y transcurrido el período de alegatos, se pronunció sentencia definitiva, misma que aquí se materializa, al tenor de los siguientes:

CONSIDERANDOS:

I.- Entrando al estudio de la acción intentada, tenemos que de conformidad con el artículo 1194 del Código de Comercio, las partes deben asumir la carga de la prueba de los hechos constitutivos de sus pretensiones; en tales condiciones del estudio de las actuaciones judiciales, cuyo valor probatorio es pleno en términos de lo dispuesto por el artículo 1294 del mismo ordenamiento legal, la suscrita estima que es **infundada** la acción intentada, en virtud de los siguientes razonamientos jurídicos:

La parte actora sustentó su **causa de pedir**, en las siguientes circunstancias:

- Que en el mes de octubre de dos mil dieciocho, el C. _____, celebró un contrato de seguro con la Institución SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., bajo la póliza de seguro número 11111111111, con vigencia del 10 de octubre de 2018 al 10 de octubre de 2081.
- Que en la póliza de seguro VI002410403 se establecieron las siguientes coberturas:

BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
ORVI 99 10 UDIS	500,000
BMA	500,000
BMA UI	-----
AV UI	-----
BITAE	500,000
NO FUMADOR C	-----



- Que la accionante fue designada beneficiaria en la póliza de seguro 111111111111.
- Que el veintiocho de agosto de dos mil veinte, el C. **falleció** por las siguientes causas: "REINFARTO AGUDO AL MIOCARDIO 30 MINUTO, INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO UN MES, DISLIPIDEMIA MIXTA DOS AÑOS."
- Que el día **catorce de septiembre** de dos mil veinte, dio **aviso del siniestro** a la aseguradora demandada, entregando toda la información y documentos requeridos por la misma.
- Que el **dieciséis de octubre** de dos mil veinte, la accionante recibió a través de Corredor Público un documento, mediante el cual se le informaba **la rescisión del contrato de seguro con número de póliza 111111111111**, por las **Omisiones e Inexactas declaraciones** en las que incurrió el C. al no declarar en la Solicitud del Contrato de Seguro de fecha diez de octubre de dos mil dieciocho, sus antecedente previos a la contratación de la póliza de seguro, consistente en el **padecimiento de Dislipidemia mixta**.
- Que derivado de lo anterior, presentó reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), instancia ante la cual la aseguradora demandada reitero sus manifestaciones de improcedencia del pago de seguro.
- Que la aseguradora debe acreditar que el padecimiento diagnosticado y que fueron causas del fallecimiento, eran del conocimiento del asegurado , así como también debe probar que en el cuestionario respectivo se declaró de forma inexacta y que tiene la firma del asegurado.



Por su parte la parte demandada SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. hizo consistir su defensa **esencialmente** en el hecho de que determinó improcedente la reclamación del pago de seguro de vida y rescindió el contrato de seguro con número de póliza 111111111111, en virtud de que el asegurado incurrió en omisiones e inexactas declaraciones respecto de su salud al momento de la celebración del contrato, ya que no declaró en el cuestionario practicado por la aseguradora que padecía **DISLIPIDEMIA al momento de la contratación de la póliza**, y que el asegurado estaba obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, por lo que la aseguradora notificó a la reclamante, la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro.

De lo anterior se desprende que el actor plantea la **acción de cumplimiento de pago de póliza de seguro número 111111111111** de fecha diez de octubre de dos mil dieciocho y, con base en las posturas adoptadas por las partes se deduce que el **problema jurídico** en el presente asunto radica en resolver si, como lo afirmó la actora, la enjuiciada incumplió con su obligación de pago asumida en el contrato de seguro base de la acción, o si contrario a ello, como lo alegó la parte demandada, la accionante no cuenta con derecho para reclamar el pago del seguro debido a la omisión e inexactas declaraciones realizadas por el asegurado que eran su conocimiento al momento de la contratación del seguro.

Por lo que a fin de que la acción personal de pago de seguros planteada por la parte actora prospere, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es indispensable que se acrediten los siguientes elementos:

1). La existencia del contrato de seguro; y

2). La realización del siniestro (entendiéndose por siniestro en el contrato de seguro, la concreción del riesgo cubierto en dicho contrato y que determina el nacimiento de la prestación del asegurador)

Por cuanto hace **al primer elemento** consistente en la existencia del contrato de seguro cuyo cumplimiento se reclama, quedó debidamente acreditado con la póliza de seguro número 111111111111 de fecha diez de



octubre de dos mil dieciocho, que se le concede valor probatorio pleno al estar concatenada con la Solicitud de seguro de vida individual de fecha diez de octubre de dos mli dieciocho y la Carátula de póliza de seguro de vida número 11111111111 y Condiciones Generales aplicables a la misma, exhibidas por la parte demanda.

Lo que se adminicula la confesión expresa de la parte demandada al momento de dar contestación a la demanda, en específico al hecho 1, en el que reconoció la celebración del contrato de seguro al amparo de la póliza número 11111111111, no existiendo controversia por las partes respecto de la emisión de la póliza de seguro antes señalada, lo cual se encuentra robustecido con la **confesional** a cargo de la parte demandada, quien a las respuestas dadas al momento del interrogatorio correspondientes, reconoció la celebración del contrato de seguro bajo la póliza número 11111111111 de fecha diez de octubre de dos mil dieciocho. Asimismo de la póliza de seguro base de la acción se

desprende que la C. fue designada como beneficiaria de la póliza de seguro **11111111111**, lo cual fue fijado como un **hecho no controvertido** por las partes en la audiencia preliminar de fecha treinta de junio de dos mil veintidós.

Derivado de lo anterior, quedó acreditado que el asegurado contrato con la parte demandada SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. un seguro de vida al que le correspondió la póliza número 11111111111, en la que se designó como beneficiaria a la C.

en su carácter de Madre del asegurado, con el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada, cuya cobertura en el caso en concreto eran la de **fallecimiento** por la cantidad de \$500,000 UDIS (QUINIENTOS MIL UDIS), con lo que quedó **acreditado el primer elemento en estudio**.

En cuanto al **segundo elemento** de la acción, consistente en la realización del siniestro, quedó plenamente acreditado con la **PRUEBA DOCUMENTAL PUBLICA**, consistente en la copia certificada del acta de defunción con número de certificado 456068034 del C.

a la cual se les concede valor probatorio pleno en términos del artículo 50 del Código Civil para la Ciudad de México, al ser expedida por la autoridad competente para tal efecto, de la cual se advierte que el asegurado falleció el día **veintiocho de agosto de dos mil veinte**, siendo la causa de defunción **REINFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO 30 MINUTOS, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO UN MES, DISLIPIDEPIA MIXTA DOS AÑOS**.



Se hace la precisión que el riesgo se define como un suceso dañoso, futuro e incierto, que es universal o general. En cambio, el siniestro constituye la realización del daño temido, que es de carácter particular. Esto es, al verificarse el riesgo previsto en el contrato se produce lo que se conoce como siniestro; el cual, corresponde probar al asegurado o en su caso al beneficiario.

En esa tesitura, la parte demandada opuso **LA EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y FALTA DE DERECHO**, que hizo consistir en el hecho de que la improcedencia de la reclamación y la rescisión del contrato del seguro correspondiente a la póliza número 11111111111, fue en virtud de que el asegurado estaba obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pudieran influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del contrato, sin embargo, refirió, el asegurado incurrió en omisiones e inexactas declaraciones respecto de su salud al momento de la celebración del contrato, ya que señaló la enjuiciada que no declaró que padecía **DISLIPIDEMIA CON DOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD al momento de la contratación de la póliza**, por lo que refiere la enjuiciada que con fundamento en lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **le notificó a la parte actora**, la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro, excepción que resulta **infundada** en virtud de que si bien es cierto que los artículos 8, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en relación con el ENDOSO ADICIONAL RELATIVO A LA TRASCRIPCIÓN DE DISPOSICIONES APLICABLES A LOS CONTRATOS DE SEGURO que obran en la Condiciones Generales, obligan al asegurado o en su caso al contratante a declarar a la empresa aseguradora, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, facultando a la aseguradora que en caso de omisión o inexacta declaración de los hechos declarados, la posibilidad de rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro, rescisión que para surtir efectos, deberá de ser comunicada en forma auténtica al asegurado o en su caso a los beneficiarios, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Por lo que, a fin de determinar si era procedente la rescisión del contrato de seguro, se analizó la solicitud de seguro de vida individual de fecha diez de



octubre de dos mli dieciocho, de cuyo contenido se desprende que en el apartado denominado CUESTIONARIO MÉDICO, el declarante **negó** padecer o haber padecido algún padecimiento del **sistema endócrino** entre ellas diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos.

Asimismo, en términos del artículo 1194 el Código de Comercio, correspondía a la aseguradora demostrar que el contratante o asegurado, al momento de llenar el cuestionario inmerso en la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, o que a la fecha de su contratación tenía pleno conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA CON DOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD, lo que en el caso concreto no aconteció en virtud de los siguientes razonamientos.

Si bien la DISLIPIDEMIA MIXTA constituye una enfermedad que debe ser informada al momento de la contratación de un seguro de vida, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, el asegurado ya padecía una afección, sino que también es indispensable que se pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha enfermedad pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido, lo que encuentra su fundamento legal en los siguientes criterios federales cuyos datos de localización y rubro son del tenor literal siguiente:

Registro digital: 183699, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.14o.C.15 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XVIII, Julio de 2003, página 1215, Tipo: Aislada. **"SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO.** De acuerdo a lo establecido en el artículo 8o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante tendrá la obligación de declarar aquellos hechos importantes que puedan influir en las condiciones del contrato y sirvan a la compañía aseguradora para evaluar el riesgo, entre los cuales se encuentran, desde luego, las enfermedades que dicha persona tenga conocimiento que padece, ya que en caso de omisión, con base en el numeral 47 del ordenamiento legal en cita, la empresa aseguradora puede rescindir el contrato de seguro celebrado entre las partes, aun cuando el



hecho no declarado o inexactamente manifestado no haya influido en la realización del siniestro. Sin embargo, cuando se haga valer tal hipótesis como excepción en el juicio mercantil en el que se reclama el pago de la suma asegurada, conforme al artículo 1194 del Código de Comercio, la aseguradora tendrá la obligación de acreditar durante el desarrollo de la secuela procesal, que el asegurado, al llenar el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, omitió señalar un hecho que le era conocido en ese momento y que resultó determinante para la apreciación del riesgo, por lo que si se trata de una enfermedad, no es suficiente que se demuestre que en la fecha en que entró en vigor el seguro de mérito, el asegurado ya padecía tal afección, sino que también es indispensable que se pruebe que esa persona tenía pleno conocimiento de que tenía dicha dolencia pues, de no ser así, no es dable jurídicamente determinar que el solicitante actuó de mala fe, ya que no podía informar acerca de un hecho que a él le era desconocido. DÉCIMO CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO."

Registro digital: 164822, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.3o.C.788 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXI, Abril de 2010, página 2715, Tipo: Aislada. **"CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE ACREDITAR MEDIANTE PRUEBA IDÓNEA QUE EL ASEGURADO TENÍA PLENO CONOCIMIENTO DE QUE PADECÍA UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y QUE OMITIÓ DECLARARLO AL LLENAR EL CUESTIONARIO RESPECTIVO.** Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos en el momento de la celebración del contrato de seguro por parte del asegurado, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro; sin embargo tratándose de lo relativo a la información que se solicita dentro de los cuestionarios respectivos en cuanto a las enfermedades preexistentes del asegurado, debe tomarse en cuenta por un lado que es imputable a la aseguradora el hecho de que no realice las preguntas conducentes que la lleven a revelar que el asegurado tiene conocimiento de algún padecimiento y por otra parte en términos del artículo 1194 del Código de Comercio le corresponde acreditar la excepción consistente en que el asegurado tenía conocimiento del padecimiento y que omitió manifestarlo, sin que baste para acreditar tal conocimiento, que en el certificado médico que previamente se elabora para la expedición del certificado de defunción, se establezca como causas o antecedentes del fallecimiento del asegurado, que entre el inicio de la enfermedad y la muerte



haya existido un intervalo de tiempo que sea anterior a la fecha en que el asegurado llenó el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, pues esa información y la que consta en el certificado de defunción en todo caso sólo acreditan la muerte y las causas del fallecimiento, pero no que el asegurado hubiera tenido conocimiento de ese padecimiento al momento de contratar, pues para ello se estima como prueba idónea el expediente clínico del mismo en el que conste algún estudio que se le hubiera practicado o algún tratamiento que haya llevado por virtud de esa enfermedad, por lo que al no demostrarse ese conocimiento pleno de la enfermedad, tampoco se acredita que hubiera omitido esa información al llenar el cuestionario correspondiente. TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO."

En ese mismo orden de ideas, del contenido del **EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y/O LAS CONSTANCIAS MÉDICAS DEL FINADO**

que entregue el INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA, IGNACIO CHÁVEZ, no se aprecia que antes de la contratación del seguro, el asegurado

, haya sido atendido por DISLIPIDEMIA MIXTA o que exista algún antecedente en relación a dicho padecimiento previo a la fecha de contratación de seguro, pues todas las constancias que obran en dicho expediente clínico son de fecha posterior a la celebración del mismo.

Asimismo, del cuestionario practicado al contratante y asegurado, no se advierte que se le haya preguntado expresamente si se le había diagnosticado o padecía de DISLIPIDEMIA MIXTA, pues únicamente se advierte que se le pregunto lo relacionado a los padecimientos relativos al **sistema endocrino**, sin que se tenga la certeza de que el asegurado al momento de la contratación tuviera conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA o que dicha enfermedad pertenecía al sistema endocrino, con lo que no se demuestra que haya omitido o declarado inexactamente lo referente a su peso, dado lo impreciso en el cuestionario al no formularse una pregunta en concreto para determinar si el asegurado padecía o tenía conocimiento de que se le hubiera diagnosticado DISLIPIDEMIA MIXTA al momento de la celebración del contrato.

Por otro lado, la copia certificada del acta de defunción con número de certificado 256768034 del C.

, rendida en juicio, cuyo valor probatorio es pleno en términos



del artículo 50 del Código Civil Federal y su correlativo del Código Civil para la Ciudad de México, en la cual, quedó registrado el fallecimiento del antes mencionado, carece de eficacia para acreditar los hechos que la parte demandada pretende, dado que aun cuando de su contenido consta como causa de su muerte: **REINFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO 30 MINUTOS, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO UN MES, DISLIPIDEMIA MIXTA DOS AÑOS**, lo cierto es que las actas de defunción prueban el hecho de la muerte, pero no la causa de la muerte, porque el certificado médico que sirve de base para levantarlas es una opinión particular apoyada en presunciones (síntomas observados por el médico que lo extiende, en caso de que hayan asistido al paciente en su última enfermedad), cuyo valor científico depende de la cultura médica que tenga el facultativo que la emite, máxime que del acta de defunción exhibida por las partes, no se advierte que se haya insertado el nombre del Doctor que expidió el Certificado de Defunción, el folio de dicho certificado o algún otro dato adicional que diera la certeza de las causas que originaron el deceso del C.

, por lo que el expediente clínico rendido por el Instituto Nacional de Cardiología y el acta de defunción y la copia simple de certificado de defunción, no resultan suficientes para tener por acreditados los padecimientos que refirió, y menos aún, que a la fecha de contratación del contrato de seguro supiera de las enfermedades que refirió la enjuiciada causaron la muerte del asegurado y que señala omitió declarar; lo anterior se robustece con los siguientes criterios federales cuyos datos de localización y rubro son los siguientes:

Registro digital: 370144, Instancia: Cuarta Sala, Quinta Época, Materias(s): Laboral, Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo XCVIII, página 1747, Tipo: Aislada. "**ACTAS DE DEFUNCIÓN, VALOR PROBATORIO DE LAS.** Las actas de defunción prueban el hecho de la muerte, pero no la causa que la determina, lo que es posible por medio de la autopsia; y no prueban la causa de la muerte, porque el certificado médico que sirve de base para levantarlas es una opinión particular apoyada en presunciones (síntomas observados por el médico que lo extiende, en caso de que hayan asistido al paciente en su última enfermedad), cuyo valor científico depende de la cultura médica que tenga el facultativo que la emite. Por tanto, las actas de defunción no evidencian, a falta de autopsia, la causa de la muerte de un trabajador. Además, para el caso no tiene aplicación el artículo 50 del Código Civil, porque la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 325 consigna una norma categórica que excluye cualquier prueba, como no sea el acta necroscópica."



Registro digital: 2020575, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Materias(s): Civil, Tesis: XI.2o.C.6 C (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 70, Septiembre de 2019, Tomo III, página 1807, Tipo: Aislada. **"ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EN ÉSTA OBRAN DATOS ADICIONALES (PERSONALES Y PROFESIONALES) DEL MÉDICO Y EL NÚMERO DE CERTIFICADO, ELLO GENERA CERTEZA DE LA CAUSA DEL DECESO, AUN CUANDO NO SE DEMUESTREN LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ.** Aun cuando el Alto Tribunal de la República ha sostenido en las tesis aisladas, de rubros: "ACTAS DE DEFUNCIÓN." y "ACTAS DE DEFUNCIÓN DE LOS TRABAJADORES.", que aunque en la copia certificada del acta de defunción se precise la causa de la muerte, sólo acredita el hecho del fallecimiento, pero no el motivo que lo originó; empero, si en aquella obran datos adicionales (personales y profesionales), del médico y el número de certificado, ello genera certeza de la causa del deceso, aun cuando no se demuestren las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que ocurrió. SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL DÉCIMO PRIMER CIRCUITO."

Ahora bien, no pasa desapercibido que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, impone la obligación a la empresa aseguradora de comunicar en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración, lo cual, aconteció al momento en que recibió la documentación necesaria para determinar en relación al pago del seguro reclamado, lo cual fue el día **dieciocho de septiembre de dos mil veinte**, tal y como se advierte el Contra recibo de los documentos que le fueron presentados y que fue emitido por la aseguradora, siendo que la rescisión del contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones fue mediante el Acta de Notificación número 234516001 de fecha dieciséis de octubre de dos mil veinte, pasada ante la fe del Corredor Público número 12 del Estado de México, por lo que dicha notificación fue dentro de los treinta días que dispone la Ley para tal efecto, lo que se robustece con la **confesión a cargo de la parte actora** quien reconoció haber sido notificada de la rescisión del contrato de seguro del día dieciséis de octubre de dos mil veinte.



Lo anterior no obstante lo manifestado por la parte actora en el sentido de que entrego la documentación respectiva el día catorce de septiembre de dos mil veinte, a la agente de seguro , sin embargo de conformidad con el artículo 19 y 21 del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas se desprende que los agentes podrán intermediar en la contratación de seguros o de fianzas para una o varias Instituciones y que en el desempeño de sus actividades, obrarán libremente, sin sujeción a directrices, instrucciones o normas de las Instituciones. No teniendo más restricciones que las establecidas en el contrato mercantil respectivo, en las Leyes de Seguros y de Fianzas, en el citado Reglamento y las demás disposiciones administrativas dictadas por la Secretaría y la Comisión de Seguros y Fianzas.

Asimismo dicha comisión puede autorizar a las Instituciones **la designación de agentes mandatarios**, con facultades expresas para expedir pólizas, modificarlas mediante endosos, **recibir avisos** y reclamaciones, cobrar primas y expedir recibos; así como, en el caso de las Aseguradoras, realizar la comprobación de siniestros y tratándose de Afianzadoras, del incumplimiento de obligaciones, siempre y cuando se haga constar en una cédula que expida la comisión en comento.

Siendo que la parte demandada rindió como prueba un Contrato Mercantil de Intermediación celebrado con la agente

de cuyo contenido no se advierte que haya tenido el carácter de agente mandatario para que de esta manera la fecha en que se tuviera como del conocimiento de la asegurado de los hechos que motivaron el rechazo de la reclamación de pago del seguro, fuera en el momento en que dicha agente recibirá la documentación respectiva, en consecuencia, la fecha en que la aseguradora tuvo conocimiento de dichas omisiones o declaraciones inexactas que refiere, es el día que emitió el contra recibo respectivo, es decir, el dieciocho de septiembre de dos mil veinte.

Sin perjuicio de todo lo anterior, para como ya se dijo anteriormente, para que operara de pleno la rescisión del contrato de seguro, era indispensable que se acreditara plenamente que el asegurado tenía pleno conocimiento de la enfermedad que refiere la demandada omitió o declaro inexactamente, lo que al no acontecer la aseguradora no estaba en aptitud de considerar de pleno derecho la rescisión del contrato, por estimarse que conoció o al



menos debió conocer la inexactitud que alega, lo anterior tiene su fundamento en los siguientes criterios federales cuyos datos de localización y rubro son los siguientes:

Registro digital: 175356, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Novena Época, Materias(s): Civil, Tesis: I.6o.C.395 C, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIII, abril de 2006, página 985, Tipo: Aislada. **"CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. SI SE ACREDITAN OMISIONES O INEXACTITUDES DE UN PADECIMIENTO QUE SUFRÍA EL ASEGURADO AL LLENAR LA SOLICITUD, SE DA EL CASO DE EXCEPCIÓN PARA QUE LA ASEGURADORA NO ESTÉ EN APTITUD DE RESCINDIRLO, POR ESTIMARSE QUE CONOCIÓ, O DEBIÓ CONOCER DE LA ENFERMEDAD DE SU ASEGURADO.** Si la aseguradora, para eludir su responsabilidad de cubrir a la beneficiaria el pago del siniestro, aduce que se extinguió su obligación porque el asegurado incurrió en omisiones o inexactitudes de un padecimiento que sufría, en términos del artículo 8o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en nada le favorecen sus argumentos cuando de autos del juicio por el que se exige el pago del siniestro, quedó debidamente acreditado que no obstante las omisiones o inexactitudes al llenar la solicitud, el proponente se encontraba internado, convaleciendo en un hospital donde se le practicó una intervención quirúrgica, para cuya realización, necesariamente debían hacerse estudios para conocer de la enfermedad del paciente, por lo que la aseguradora se inhabilitó a sí misma para rescindir el contrato, pues aun cuando en la solicitud aparezca que el contrato se efectuó en un domicilio distinto del hospital, lo cierto es que si el contratante se encontraba internado a la fecha de la firma, por fuerte presunción, lógica y humana, por objetividad y justicia, debe entenderse que fue en un cuarto del hospital donde se suscribió el contrato de seguro estimándose, por ende, que un empleado de la aseguradora atendió al proponente en el lugar señalado, lo que produce efectos para las dos partes por ser imperativas las normas de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y, por tanto, se presume que la aseguradora conoció por medio de sus agentes del mal que padecía el asegurado, de manera que se actualizó el supuesto previsto en la fracción II del artículo 50 de la ley invocada, pues la aseguradora no sólo conoció, sino que estaba obligada a conocer, desde la fecha de la solicitud del seguro, por conducto de sus agentes que lo instrumentaban y después, a la entrega de la póliza, del mal que padecía el proponente, toda vez que están facultados para recibir, ofertar y rechazar declaraciones de los solicitantes, en términos del artículo 14 de la misma codificación legal en cita. Lo que revela en todo caso, una clara negligencia de la aseguradora y su personal, al indagar sobre las posibles



enfermedades no declaradas de sus clientes, de manera que, si se tiene como lugar de suscripción del contrato, el propio hospital, se colige que fue ahí donde compareció y actuó la empresa aseguradora para la negociación, por lo que, a pesar de que se acrediten omisiones o inexactitudes del asegurado al llenar la solicitud, de acuerdo al referido artículo 8o. se da el caso de excepción para que la aseguradora no esté en aptitud de considerar de pleno derecho la rescisión del contrato conforme al artículo 47 de la citada ley, por estimarse que conoció o al menos debió conocer de la enfermedad de su asegurado, consistente en el hecho no declarado por éste, de acuerdo con lo estatuido en el también referido artículo 50, fracción II. SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO."

Registro digital: 346615; Instancia: Tercera Sala; Quinta Época; Materias(s): Civil; Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo XCIII, página 1379; Tipo: Aislada; **SEGURO, RESCISIÓN DEL CONTRATO DE.** La causa de rescisión que se deriva de los artículos 8o. y 47, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para que la empresa aseguradora declare sin efectos ese contrato, no opera, conforme a lo dispuesto por el artículo 50, fracción III, de la propia ley, cuando la compañía conocía o debía conocer el hecho que fue inexactamente declarado por el proponente. Ahora bien, si aun cuando la empresa no conoció el hecho, debió haberlo conocido por haber sido del conocimiento de sus empleados, dependientes o agentes, debe estimarse que le era imputable la omisión de éstos, por virtud de la culpa "in eligiendo", reconocida por el artículo 1924 del Código Civil del Distrito Federal, y que se funda en la mala o torpe elección de un empleado; por lo que, en tales condiciones, no podía la propia compañía declarar sin efectos el contrato de seguro.

En consecuencia, la rescisión realizada por la parte demandada, con posterioridad a que recibió la reclamación del pago del seguro amparado en la póliza de seguro base de la acción, no se encuentra debidamente justificada atento a los razonamientos expuestos con anterioridad, en el sentido de que las inexactas declaraciones que adujo existieron al momento del cuestionario correspondiente, no quedaron debidamente demostradas por los motivos ya señalados.

Sin que en este aspecto le beneficien a la enjuiciada las documentales consistentes en los resultados de estudios de laboratorio de fecha veintitrés de julio de dos mil dieciocho, así como la carta informativa de fecha



veintinueve de julio de dos mil veinte, el resumen medico de fecha ocho de octubre de dos mil veinte, suscrito por el Dr. _____, el cual fue ratificado por dicho profesionista en cuanto a su contenido y firma, probanzas que en su conjunto tampoco demuestran que el asegurado tuviera pleno conocimiento de que al momento de la contratación del seguro padeciera la enfermedad de DISLIPIDEMIA MIXTA, pues los estudios de laboratorio requieren de una interpretación de un especialista que le hubiera explicado su contenido, sin que exista alguna constancia de que se le hubiera realizado la interpretación al asegurado de los mismos, aunado a que por lo que hace a la carta informativa y el resumen medico ratificado por el DR _____ fueron emitidos con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, por lo que no son las pruebas idóneas para acreditar que al momento de la celebración del contrato de seguro tuviera conocimiento del padecimiento que fue motivo del rechazo de pago por parte de la aseguradora.

Finalmente por lo que hace a la TESTIMONIAL del DR _____

se desprende que manifestó que el asegurado no tenía conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA, refiriendo en su atestado que el emitió el RESUMEN MEDICO señalando como antecedente patológico DISLIPIDEMIA DE 2 AÑOS DE DIAGNOSTICO, derivado de la interpretación de los estudios de laboratorio que presento y que estaban fechados el veintitrés de julio de dos mil dieciocho, así como de los medicamento que el C. _____

tomaba, sin embargo, señalo que en ningún momento el paciente le informó que tuviera conocimiento de dicha enfermedad, agregando que si bien el paciente tomaba medicamentos no podía determinarse a partir de qué momento empezó a tomarlos pues incluso refirió que el hecho de que se tomen medicamentos no siempre se tiene la certeza de que padecimiento se tienen o el tiempo de evolución.

Asimismo, el testigo DR _____ manifestó que era vecino del asegurado y que únicamente atendió en una ocasión al asegurado _____, pues al tener este conocimiento de que era médico y de tener una urgencia médica, solicitó su consulta, sin que fuera su paciente habitual o que tuviera un expediente clínico de dicha persona, reiterando que solo lo atendió por ser una urgencia médica.



Sin que le fuera aplicable a dicho profesionista lo concerniente a la NORMA OFICIAL MEXICANA EN MATERIA DE SALUD, pues de los puntos 4.10, 411 en relación con el 5.1, el campo de aplicación para la observancia que se debe de cumplir en el área de salud, dentro de los que se encuentran los establecimientos destinados a ejercer la medicina, ya sea sector público o privado, incluidos los consultorios, sin embargo, como ya se dijo anteriormente, el profesionista que atendió al asegurado

, no se encontraba en su CONSULTORIO O UN ESTABLECIMIENTO QUE BRINDARA ATENCIÓN MEDICA, sino que al ser una urgencia médica y ser su vecino lo atendió por única ocasión, por lo que no existía la obligación de acatar la NORMA OFICIAL MEXICANA que invoca la parte demandada, al haber atendido al dicho asegurado de manera ocasional y derivado de una urgencia médica, aunado a que la atención no se realizó en algún consultorio médico o establecimiento de salud.

Por lo que hace a la **PERICIAL en MEDICINA GENERAL** rendida en juicio y respecto de la cual, previo a su estudio se hace necesario hacer las siguientes consideraciones:

En la valoración de las pruebas existen los sistemas tasados o legales y pruebas libres, o de libre convicción. Las pruebas legales son aquellas a las que la ley señala por anticipado la eficacia probatoria que el juzgador debe atribuirles. Por otra parte, las pruebas de libre convicción son las que se fundan en la sana crítica, y que constituyen las reglas del correcto entendimiento humano. En éstas interfieren las reglas de la lógica con las reglas de la experiencia del Juez, que contribuyen a que pueda analizar la prueba con arreglo a la sana razón y a un conocimiento experimental de las cosas.

De modo que salvo en aquellos casos en que la ley otorga el valor probatorio a una prueba, el Juez debe decidir con arreglo a la sana crítica, esto es, sin razonar a voluntad, discrecionalmente o arbitrariamente. Las reglas de la sana crítica consisten en su sentido formal en una operación lógica. Las máximas de experiencia contribuyen tanto como los principios lógicos a la valoración de la prueba.

Esto es, el valor probatorio de un peritaje depende de si está debidamente fundado. La claridad en las conclusiones es



indispensable para que aparezcan exactas y el Juez pueda adoptarlas; su firmeza o la ausencia de vacilaciones es necesaria para que sean convincentes; la lógica relación entre ellas y los fundamentos que las respaldan debe existir siempre, para que merezcan absoluta credibilidad. Si unos buenos fundamentos van acompañados de unas malas conclusiones o si no existe armonía entre aquéllos y éstas o si el perito no parece seguro de sus conceptos, el dictamen no puede tener eficacia probatoria. Al Juez le corresponde apreciar estos aspectos intrínsecos de la prueba.

No obstante ser una crítica menos difícil que la de sus fundamentos, puede ocurrir también que el Juez no se encuentre en condiciones de apreciar sus defectos, en cuyo caso tendrá que aceptarla, pero si considera que las conclusiones de los peritos contrarían normas generales de la experiencia o hechos notorios o una presunción de derecho o una cosa juzgada o reglas elementales de lógica, o que son contradictorias o evidentemente exageradas o inverosímiles, o que no encuentran respaldo suficiente en los fundamentos del dictamen o que están desvirtuadas por otras pruebas de mayor credibilidad, puede rechazarlo, aunque emane de dos peritos en perfecto acuerdo.

Por otra parte, no basta que las conclusiones de los peritos sean claras y firmes, como consecuencia lógica de sus fundamentos o motivaciones, porque el perito puede exponer con claridad, firmeza y lógica tesis equivocadas. Si a pesar de esta apariencia el Juez considera que los hechos afirmados en las conclusiones son improbables, de acuerdo con las reglas generales de la experiencia y con la crítica lógica del dictamen, éste no será conveniente, ni podrá otorgarle la certeza indispensable para que lo adopte como fundamento exclusivo de su decisión, pero si existen en el proceso otros medios de prueba que lo corroboren, en conjunto podrán darle esa certeza. Cuando el Juez considere que esos hechos son absurdos o imposibles, debe negarse a aceptar las conclusiones del dictamen.

Lo anterior tiene sustento en la siguiente jurisprudencia:



"PRUEBA PERICIAL, VALORACIÓN DE LA. SISTEMAS. En la valoración de las pruebas existen los sistemas tasados o legales y pruebas libres, o de libre convicción. Las pruebas legales son aquellas a las que la ley señala por anticipado la eficacia probatoria que el juzgador debe atribuirles. Así, el Código de Comercio en sus artículos 1287, 1291 a 1294, 1296, 1298 a 1300, 1304 y 1305, dispone que la confesión judicial y extrajudicial, los instrumentos públicos, el reconocimiento o inspección judicial y el testimonio singular, hacen prueba plena satisfechos diversos requisitos; que las actuaciones judiciales, los avalúos y las presunciones legales hacen prueba plena, y que el documento que un litigante presenta, prueba plenamente en su contra. Por otra parte, las pruebas de libre convicción son las que se fundan en la sana crítica, y que constituyen las reglas del correcto entendimiento humano. En éstas interfieren las reglas de la lógica con las reglas de la experiencia del Juez, que contribuyen a que pueda analizar la prueba con arreglo a la sana razón y a un conocimiento experimental de las cosas. Esos principios se encuentran previstos en el artículo 402 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, al establecer que los medios de prueba aportados y admitidos serán valorados en su conjunto por el juzgador, atendiendo a las reglas de la lógica y de la experiencia, exponiendo cuidadosamente los fundamentos de la valoración jurídica y de su decisión. De modo que salvo en aquellos casos en que la ley otorga el valor probatorio a una prueba, el Juez debe decidir con arreglo a la sana crítica, esto es, sin razonar a voluntad, discrecionalmente o arbitrariamente. Las reglas de la sana crítica consisten en su sentido formal en una operación lógica. Las máximas de experiencia contribuyen tanto como los principios lógicos a la valoración de la prueba. En efecto, el Juez es quien toma conocimiento del mundo que le rodea y le conoce a través de sus procesos sensibles e intelectuales. La sana crítica es, además de la aplicación de la lógica, la correcta apreciación de ciertas proposiciones de experiencia de que todo hombre se sirve en la vida. Luego, es necesario considerar en la valoración de la prueba el carácter forzosamente variable de la experiencia humana, tanto como la necesidad de mantener con el rigor posible los principios de la lógica en que el derecho se apoya. Por otra parte, el peritaje es una actividad humana de carácter procesal, desarrollada en virtud de encargo judicial por personas distintas de las partes del proceso, especialmente calificadas por su experiencia o conocimientos técnicos, artísticos o científicos y mediante la cual se suministran al Juez argumentos y razones para la formación de su convencimiento respecto de ciertos hechos, también especiales, cuya percepción o cuyo entendimiento escapa a las aptitudes del común de la gente y requieren esa capacidad particular para su adecuada percepción y la correcta verificación de sus relaciones con otros hechos, de sus causas y de sus efectos o, simplemente, para su apreciación e interpretación. Luego, la peritación cumple con una doble



función, que es, por una parte, verificar hechos que requieren conocimientos técnicos, artísticos o científicos que escapan a la cultura común del Juez y de la gente, sus causas y sus efectos y, por otra, suministrar reglas técnicas o científicas de la experiencia especializada de los peritos, para formar la convicción del Juez sobre tales hechos y para ilustrarlo con el fin de que los entienda mejor y pueda apreciarlos correctamente. Por otra parte, en materia civil o mercantil el valor probatorio del peritaje radica en una presunción concreta, para el caso particular de que el perito es sincero, veraz y posiblemente acertado, cuando es una persona honesta, imparcial, capaz, experta en la materia de que forma parte el hecho sobre el cual dictamina que, además, ha estudiado cuidadosamente el problema sometido a su consideración, ha realizado sus percepciones de los hechos o del material probatorio del proceso con eficacia y ha emitido su concepto sobre tales percepciones y las deducciones que de ellas se concluyen, gracias a las reglas técnicas, científicas o artísticas de la experiencia que conoce y aplica para esos fines, en forma explicada, motivada, fundada y conveniente. Esto es, el valor probatorio de un peritaje depende de si está debidamente fundado. La claridad en las conclusiones es indispensable para que aparezcan exactas y el Juez pueda adoptarlas; su firmeza o la ausencia de vacilaciones es necesaria para que sean convincentes; la lógica relación entre ellas y los fundamentos que las respaldan debe existir siempre, para que merezcan absoluta credibilidad. Si unos buenos fundamentos van acompañados de unas malas conclusiones o si no existe armonía entre aquéllos y éstas o si el perito no parece seguro de sus conceptos, el dictamen no puede tener eficacia probatoria. Al Juez le corresponde apreciar estos aspectos intrínsecos de la prueba. No obstante ser una crítica menos difícil que la de sus fundamentos, puede ocurrir también que el Juez no se encuentre en condiciones de apreciar sus defectos, en cuyo caso tendrá que aceptarla, pero si considera que las conclusiones de los peritos contrarían normas generales de la experiencia o hechos notorios o una presunción de derecho o una cosa juzgada o reglas elementales de lógica, o que son contradictorias o evidentemente exageradas o inverosímiles, o que no encuentran respaldo suficiente en los fundamentos del dictamen o que están desvirtuadas por otras pruebas de mayor credibilidad, puede rechazarlo, aunque emane de dos peritos en perfecto acuerdo. Por otra parte, no basta que las conclusiones de los peritos sean claras y firmes, como consecuencia lógica de sus fundamentos o motivaciones, porque el perito puede exponer con claridad, firmeza y lógica tesis equivocadas. Si a pesar de esta apariencia el Juez considera que los hechos afirmados en las conclusiones son improbables, de acuerdo con las reglas generales de la experiencia y con la crítica lógica del dictamen, éste no será conveniente, ni podrá otorgarle la certeza indispensable para que lo adopte como fundamento exclusivo de su decisión, pero si existen en el proceso otros medios de



prueba que lo corroboren, en conjunto podrán darle esa certeza. Cuando el Juez considere que esos hechos son absurdos o imposibles, debe negarse a aceptar las conclusiones del dictamen. Registro: 181056, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tipo de Tesis: Jurisprudencia, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XX, Julio de 2004, Materia(s): Civil, Tesis: I.3o.C. J/33, Página: 1490, Época: Novena Época."

En relatadas circunstancias, se entra al estudio de la prueba pericial rendida en el presente juicio por el perito designado por SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. la DRA.

, quien acreditó su calidad de perito en Materia Medicina con su cédula profesional expedida por la Dirección de Profesiones, quien en el desahogo de dicha pericial concluyó en la parte conducente lo siguiente:

"... por lo que se determina que estamos ante una enfermedad preexistente en términos de condiciones generales de la póliza de seguro expedida por SEGUROS MONTERREY NEW YOK LIFE, S.A. DE C.V."

Sin embargo de las preguntas que le formularon las partes en relación a que si de la documentación analizada podía determinarse la fecha a partir de la cual el asegurado padecía DISLIPIDEMIA MIXTA, así como si existía constancia de que la fecha en que dicho asegurado tuvo conocimiento del referido padecimiento, la perito en cuestión manifestó que no se podía determinar la fecha exacta en que se presentó la enfermedad en el C.

, pues del RESUMEN MEDICO analizado se advierte **dos años de diagnóstico** y de la múltiples notas médicas que obran en el expediente CLÍNICO del INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ" se advierte que fue diagnosticada el padecimiento de hace un año, por lo que, no lo único que se podía determinar es la preexistencia del padecimiento pero no la fecha en que surgió el mismo.

Asimismo, señaló que de los documentos de estudio no se puede determinar la fecha en que el asegurado



tuvo conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA o si no tenía conocimiento de ello.

Por lo que dicho dictamen pericial no beneficia a los intereses de la parte demanda, pues con el mismo no se acreditó que el asegurado tuviera pleno conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA previo a la celebración del contrato de seguro base de la acción.

Ahora bien por lo que hace al dictamen del perito de la actora el DR. , se advierte que concluyó lo siguiente:

"CONCLUSIONES.-

PRIMERA: En la solicitud del seguro de fecha 10 de octubre de 2018, NO se advierte de la simple lectura del apartado relacionado a cuestiones medicas que se le cuestione o pregunte al asegurado "si padecía dislipidemia"

SEGUNDA.- En la solicitud del seguro de fecha 10 de octubre de 2018, específicamente en la pregunta 5, no se advierte que al asegurado se le cuestionara "si padecía dislipidemia"

Por lo que dicho dictamen no aporta nada a lo hasta aquí resuelto en relación a determinar si el asegurado tenía conocimiento de padecer DISLIPIDEMIA MIXTA previamente a la celebración del contrato de seguro.

En consecuencia, al no haberse acreditado en autos que se le hubiera diagnosticado al asegurado , el padecimiento de DISLIPIDEMIA MIXTA o que tuviera pleno conocimiento del mismo al momento de la celebración del contrato, de los cuales estaba obligado a declarar ante la empresa aseguradora y no lo hubiera realizado, y con motivo de ello ésta última estuviera en facultad de rescindir dicho



contrato en términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no se actualiza toda vez que la rescisión unilateral del contrato de seguro **11111111111** no opera de pleno derecho, al no encontrarse dentro de los supuestos para ello.

Sin que aporte mayores elementos a lo aquí resuelto, las manifestaciones de la parte actora respecto a que la solicitud del contrato de seguro de vida fue llenada por la agente de seguro , señalando que en su caso las omisiones o inexactas declaraciones no son atribuibles al asegurado , sin embargo dicha solicitud contiene la firma del asegurado como manifestación de su voluntad de haber declarado y recibido la información que ahí se detalló, sin que la parte actora haya desvirtuado fehacientemente dicha circunstancia, pues si bien para acreditar que el llenado de la solicitud de seguro lo realizó la agente antes mencionada, dichas manifestaciones no fueron acreditadas, lo anterior en virtud que la prueba pericial **GRAFOLOGÍA Y GRAFOSCOPIA** rendida en juicio no le fue favorable por los siguientes consideraciones:

La perito de la parte actora , concluyó que el asegurado no había realizado el llenado de la solicitud de seguro, sin embargo del contenido de su dictamen se advierte que no tuvo elementos para cotejar el texto dubitado con algún elemento que permitiera atribuirle o no los rasgos gráficos al asegurado , pues los registros del Instituto Nacional Electoral señalados como texto indubitable, no se advierten rasgos gráficos del puño y letra de dicho asegurado, pues únicamente se advierte su firma.

Asimismo, la perito de la parte actora sustento su dictamen en el cotejo del texto plasmado en la solicitud de seguro, deduciendo que los espacios correspondientes al agente de seguro fueron llenados por , sin que ello fuera materia del dictamen pericial encomendado, ni tampoco fue señalado dichos espacios como texto dubitado para cotejo, motivo por el cual el dictamen pericial emitido por la perito de la parte actora **NO CREA CONVICCIÓN EN EL ÁNIMO DE LA SUSCRITA** para colegir quien lleno la solicitud de seguro, lo anterior es así, dado que realizó manifestaciones de manera subjtiva y personales que no son propios de un dictamen pericial

Derivado de lo anterior y toda vez que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1194 del Código de Comercio, le correspondía a la parte actora acreditar fehacientemente su dicho en relación a que fue la agente de



seguro quien lleno la solicitud de seguro, lo cual no fue acreditado con la prueba pericial rendida en juicio para tal efecto, por los razonamientos antes señalados, en tales condiciones sus manifestaciones resultan infundadas.

Sin perjuicio de lo anterior, es de precisarse que toda vez que no fue desconocida la firma que obra en la solicitud de seguro, con la cual se acredita la manifestación de la voluntad para celebrar el acto jurídico en que participó, dicho documento surte sus efectos legales, ello con independencia de quien haya realizado el llenado de dicho documento, pues obrar la firma del asegurado manifiesta su aceptación de lo ahí asentado, máxime que no fue desvirtuado con ningún elemento de prueba su aceptación en la suscripción de la mencionada solicitud.

Finalmente, la instrumental de actuaciones y la presuncional en su doble aspecto, legal y humano, favorecen plenamente las pretensiones del demandante, en atención a las consideraciones vertidas, pruebas que valoradas en justicia y en su conjunto, conforme a lo dispuesto por el artículo 1306 del Código de Comercio, crean convicción en este juzgador para declarar que dicha parte probó los extremos de su acción de pago, y que la enjuiciada no la enervó con sus excepciones y defensas.

En estas condiciones, se condenará a la enjuiciada **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V.**, al cumplimiento del contrato de seguro amparado por la póliza número **1111111111** de fecha diez de octubre de dos mil dieciocho, y como consecuencia al pago a favor de la cantidad equivalente a **500,000.00 UDIS (QUINIENTO MIL UDIS)** por concepto de suma asegurada por cobertura de fallecimiento, cuyo pago deberá ser al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que haga efectúe el mismo, conforme al artículo 276 fracción I **primer párrafo** de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, lo que se liquidara en ejecución de sentencia, mediante el incidente respectivo.

Hecho que sea lo anterior, la aseguradora demandada deberá acreditar el pago correspondiente dentro del término de SETENTA Y DOS HORAS siguientes a que el presente fallo sea legalmente ejecutable, con fundamento dispuesto por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, con el apercibimiento que de no hacerlo dentro del término del antes señalado se procederá a su ejecución forzosa.

Asimismo, al haber sido procedente la prestación principal de cumplimiento de contrato de seguro consistente en el pago de la póliza **1111111111**, lo procedente es condenar a la demanda a pagar al actor, los **intereses moratorios** generados sobre la suerte principal, conforme a lo establecido



en el artículo 276 en su fracción I **párrafo segundo** de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, generados **a partir de la fecha en que se hizo exigible la obligación** de la aseguradora y hasta el día en que se efectúe el pago, los que se liquidarán en ejecución de sentencia mediante el incidente respectivo.

En el entendido de que, para la cuantificación de los intereses moratorios, **se debe tomar como fecha de exigibilidad de la obligación, el dieciséis de octubre de dos mil veinte**, fecha en que rechazo la solicitud de pago del seguro.

Sirve de apoyo a lo anterior el siguiente criterio jurisprudencial que es del tenor literal siguiente:

"Registro digital: 2012541; Instancia: Plenos de Circuito; Décima Época, Materias(s): Civil; Tesis: PC.I.C. J/29 C (10a.); Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo III, página 1587; Tipo: Jurisprudencia; **INDEMNIZACIÓN POR MORA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO EN GENERAL. SU INTERPRETACIÓN LEGAL.** De la interpretación de los artículos 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros abrogada y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, derivan las siguientes premisas: a) Si la empresa aseguradora no cumple las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, deberá pagar intereses moratorios, los cuales se generarán a partir de que se haga exigible la obligación que se le reclama; b) Una vez recibidos los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento de la reclamación, el crédito del seguro vence en el plazo de 30 días, a fin de determinar, en su caso, si resulta o no procedente; c) A partir de que resuelva la aseguradora, y hasta que haga el pago, deberá pagar los intereses moratorios. Ahora bien, los artículos 10., 147 y 150 de la Ley sobre el Contrato de Seguro no señalan el momento de inicio de la mora, sino que tienen que ver con cuestiones diversas, a diferencia de lo que establece el artículo 71 indicado, por lo que su interpretación conjunta debe comprender el régimen previsto en éste, conforme al cual, el crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 días después de la fecha de la reclamación; disposición que comprende a los contratos de seguro en general, al no distinguir el tipo. **PLENO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**"

III.- Por no encontrarse el caso en ninguno de los supuestos del artículo 1084 del Código de Comercio, no se hace especial condena en costas en esta instancia.



Por lo expuesto y fundado, se:

RESUELVE:

PRIMERO. Es procedente la vía Ordinaria Mercantil en que se tramitó el presente asunto, en donde la actora
, probó los extremos de su acción y la enjuiciada **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V.**, no justificó sus excepciones y defensas.

SEGUNDO. Se condena a la enjuiciada **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V.**, al cumplimiento del contrato de seguro amparado por la póliza número **1111111111** de fecha diez de octubre de dos mil dieciocho, y como consecuencia al pago a favor de
de la cantidad equivalente a **500,000.00 UDIS (QUINIENTOS MIL UDIS)** por concepto de suma
asegurada por cobertura de fallecimiento, cuyo pago deberá ser al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que haga efectúe el mismo, conforme al artículo 276 fracción I **primer párrafo** de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, lo que se liquidara en ejecución de
sentencia, mediante el incidente respectivo.

TERCERO.-Hecho que sea lo anterior, la aseguradora demandada deberá acreditar el pago correspondiente dentro del término de SETENTA Y DOS HORAS siguientes a que el presente fallo sea legalmente ejecutable, con fundamento dispuesto por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, con el apercibimiento que de no hacerlo dentro del término del antes señalado se procederá a su ejecución forzosa.

CUARTO.-Se condena a la demandada **SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V.**, al pago de los intereses moratorios reclamados en la prestación b) de su escrito de demanda, que habrán de cuantificarse conforme lo dispone el artículo 276, fracción I y IV de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, generados desde el **dieciséis de octubre de dos mil veinte**, y hasta la total solución del adeudo, lo que se cuantificará en ejecución de sentencia, mediante el incidente respectivo.

QUINTO. No se hace especial condena en costas en esta instancia.





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

SEXTO. En términos de lo dispuesto en el artículo 1390 Bis-22 del Código de Comercio, se tienen por notificadas a las partes del contenido de la presente resolución, para los efectos legales a que haya lugar.

A S I, Definitivamente Juzgando lo resolvió y firma, la Licenciada ROSA LINDA MARURE REYES **JUEZ CUADRAGÉSIMO TERCERO CIVIL DE PROCESO ORAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, ante la Secretaria de Acuerdos Licenciada LILIA MARGARITA GONZÁLEZ PACHECO, con quien actúa y da fe. Doy fe.

hvjz



En el *Boletín Jud* _____

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado: 1664473363552.pdf

Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México

Firmante(s): 2

Hoja(s): 28

Firmantes		Firmas			
Nombre(s):	ROSA LINDA MARURE REYES	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.34.32.33
	LILIA MARGARITA GONZALEZ PACHECO	Validez:	Vigente	No Serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.33.32.30.33
OCSP					
Fecha: (UTC / CDMX)		29/09/22 19:40:39 - 29/09/22 14:40:39			
		29/09/22 19:42:41 - 29/09/22 14:42:41			
Nombre del respondedor(es):		Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX			
		Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX			
Emisor(es) del respondedor(es):		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Número(s) de serie:		70.6a.63.64.6d.78.32.30.32			
		70.6a.63.64.6d.78.32.30.32			
TSP					
Fecha: (UTC / CDMX)		29/09/22 19:40:40 - 29/09/22 14:40:40			
		29/09/22 19:42:41 - 29/09/22 14:42:41			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:		Entidad Emisora de Sellos de Tiempo del Poder Judicial de la Ciudad de México			
		Entidad Emisora de Sellos de Tiempo del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Emisor del certificado TSP:		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
		Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Sellos Digitales					
04 82 06 6e 62 e6 7c 87 15 be 22 c8 e1 ba b2 4f 6b 95 3f 4b dd 6b c0 82 e2 84 24 f4 83 19 9f cc 9e 0b ea 5a 48 86 a8 f7 f1 82 af					
a7 a3 90 d2 47 ac 5a 93 45 46 f4 6a fe 76 9b f1 71 d1 f5 f3 cb fa df 48 8d 16 1d 46 1a da b3 d7 b8 dc aa 72 a1 fe df ff 9d 5e 47					

