



CIUDAD DE MÉXICO, A DIECISÉIS DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO.

V I S T O S, para resolver en **SENTENCIA DEFINITIVA** los autos del juicio **ORAL MERCANTIL**, promovido por
en contra de **SEGUROS VE POR MAS, SOCIEDAD ANÓNIMA GRUPO FINANCIERO VE POR MAS**, expediente , la que se dicta al tenor de los siguientes:

R E S U L T A N D O S :

1. Por escrito presentado en la Oficialía de Partes Común Civil, Cuantía Menor, Oralidad, Familiar y Sección Salas del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, el día veintisiete de abril de dos mil veintiuno a través de su oficina virtual, y en Oficialía de Partes de este Juzgado siete de abril del mismo año, así como desahogo a la prevención mediante escrito presentado en este Juzgado el veintiuno de abril de dos mil veintiuno; la hoy actora, demando de la enjuiciada, en la vía Oral Mercantil, las siguientes prestaciones:

a) *El pago de la cantidad de **\$93,576.06 (NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 06/100)**, amparada en la póliza de seguro número **0017801** y derivada de los siguientes gastos:*

· *Gastos Hospitalarios: **\$51,408.09 (CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS 09/100)**, que se acredita con la factura C257360.*

· *Gastos Hospitalarios: **\$8,591.97 (OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**, que se acredita con la factura C257361.*

· *Medicamentos: **\$791.00 (SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M6390 4989.*

· *Análisis Clínicos: **\$785.00 (SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M 60216.*

· *Honorarios médicos: **\$32,000.00 (TREINTA Y DOS MIL PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con recibo.*

La cantidad anterior se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan 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:*

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 día **29 de junio de 2020**, los intereses moratorios deben computarse desde el día siguiente en que transcurrió el plazo a partir del día **29 de julio de 2020**. Por lo que deberá capitalizarse mensualmente los intereses al día siguiente de que dieron respuesta sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación por cada mes de mora.*

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

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

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

"Artículo 276.- *Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;”

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

“**Artículo 277.-** En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.”

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

Fundó su demanda en los hechos y consideraciones legales que expresó en la misma; los que, en obvio de repeticiones innecesarias, se tienen aquí por reproducidos como si a la letra se insertasen para que surtan sus efectos legales correspondientes.



2. Mediante proveído de diez de mayo de dos mil veintiuno, se previno a la actora; desahogada dicha prevención, por acuerdo de fecha veinte de mayo de dos mil veintiuno, se admitió a trámite el presente asunto, se ordenó el emplazamiento a la aseguradora enjuiciada, lo que ocurrió en diligencia practicada por el secretario actuario adscrito a este juzgado, el veinticinco de mayo de dos mil veintiuno

3. Mediante ocurso de ocho de junio de dos mil veintiuno, la demandada dio contestación a la demanda incoada en su contra, opuso las excepciones y defensas que estimo pertinentes, con las que se dio vista a la parte actora, misma que fue desahogada en términos del auto de veintinueve de junio de dos mil veintiuno.

4. El **siete de julio de dos mil veintiuno**, se celebró la audiencia preliminar, en la que se llevaron a cabo las etapas correspondientes, y se admitieron las pruebas ofrecidas por las partes.

5. En audiencia de juicio de fecha **dieciséis de agosto de dos mil veintiuno**, se desahogaron las pruebas respectivas, se abrió la etapa de alegatos donde únicamente la parte actora alegó lo que a su derecho correspondió, se declaró visto el asunto; citándose a las mismas a oír sentencia definitiva, la que se dicta al tenor de los siguientes:

CONSIDERANDOS:

I.- La **COMPETENCIA** es presupuesto procesal que constituye el límite de la jurisdicción. Esto es, la esfera dentro de la cual la autoridad judicial válidamente puede ejercer sus atribuciones y facultades otorgadas por el Estado y resulta ser un elemento necesario para la procedencia o no de la demanda; debiendo atender a lo previsto por el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Existen cinco criterios fundamentales y un criterio afinador, para determinar la competencia de un órgano jurisdiccional:

POR MATERIA

Se basa en el contenido de las normas sustantivas que regulan el acto jurídico sometido al proceso conforme a su naturaleza jurídica.

Luego tenemos que el documento base de la acción es una póliza de seguro, la que fue expedida por la sociedad mercantil demandada, respecto de la cual la parte actora exige el pago de su importe, por los gastos que indica, lo que constituye un acto de comercio de los previstos por la fracción XXV del artículo 75 del Código de Comercio en relación con el 32 de la Ley



de Seguros y Fianzas, en consecuencia el presente controvertido debe regularse a través de las normas de naturaleza jurídica *MERCANTIL*, atento a lo previsto por los numerales 1º y 1049 del Código de Comercio, por tanto, se declara correcta la materia mercantil, la cual se encuentra dentro de la jurisdicción del suscrito, conforme a la fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México.

POR CUANTÍA

El artículo 1390 Bis del Código de Comercio señala lo siguiente:

"...Se tramitarán en este juicio todas las contiendas mercantiles sin limitación de cuantía..."

Y atento a que el promovente demanda la cantidad de **\$948,726.98 (NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS 98/100 M.N.)** por concepto de SUERTE PRINCIPAL, es por lo que el suscrito resulta competente por cuantía para conocer del asunto de cuenta, en términos de lo dispuesto por la fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México.

POR GRADO

Con base en la diversa fracción III del artículo 105 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Ciudad de México, establece que los jueces civiles de proceso oral, conocerán de los negocios de jurisdicción concurrente, es decir que si bien es cierto, tanto los tribunales federales como los de primera instancia pudieren conocer del presente asunto por cuestión de materia, el demandante, conforme a la fracción I del artículo 1094 del Código de Comercio, al entablar su demanda ante el segundo tribunal mencionado, se somete a la competencia del suscrito.

POR TERRITORIO

Para conocer del presente asunto, por lo que respecta a éste último criterio, se atiende a lo ordenado en el Artículo 1104 del Código de Comercio, mismo que establece:

"...Salvo lo dispuesto en el artículo 1093, sea cual fuere la naturaleza del juicio, será juez competente, en el orden siguiente: I. El del lugar que el demandado haya designado para ser requerido judicialmente de pago. II. El del lugar designado en el contrato para el cumplimiento de la obligación. III. El del domicilio del demandado. Si tuviere varios domicilios, el juez competente será el que elija el actor..."



Tomando en consideración que el domicilio de la Aseguradora demandada se localiza dentro de la jurisdicción de este juzgado, es decir en la *CIUDAD DE MÉXICO*, es por lo que el presente asunto se ajusta a lo determinado en la fracción III del citado precepto legal, en tal virtud esta autoridad resulta competente para conocer del juicio planteado, en razón de territorio.

"COMPETENCIA POR TERRITORIO EN MATERIA MERCANTIL. SU PRÓRROGA POR PACTO DE SUMISIÓN EXPRESA, ESTÁ LIMITADA A LOS CASOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1093 DEL CÓDIGO DE COMERCIO..." **localizable con número registro 185229.**

II. La vía oral mercantil elegida es procedente toda vez que, de acuerdo a las pretensiones exigidas en el juicio para la tramitación de la demanda planteada, no se requiere una vía especial, ello de conformidad con el artículo 1390 bis del Código de Comercio.

III. La parte actora hace consistir su causa de pedir en lo siguiente:

Que en el mes de mayo de dos mil veinte, su esposo el señor _____ celebró contrato de seguro de "Gastos Médicos Mayores Individual" con la persona moral **SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS** con una vigencia del veintinueve de mayo de dos mil veinte al veintinueve de mayo de dos mil veintiuno y amparada en la póliza de seguro número **0017801**.

Que el objeto del contrato de seguro fue resarcir a su esposo y la accionante de los gastos en que incurra con motivo de la atención médica que reciban para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo, estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones estipulados en esta Póliza, siempre que los gastos hayan sido erogados dentro del territorio nacional.

Que la contratación se llevó a cabo por conducto de la persona moral y agente de seguro SEGURIDAD ARIEVA, AGENTE DE SEGUROS, S.A. DE C.V., con clave _____. Siendo nuestro asesor de dicha empresa el señor _____.

Que el día **diecinueve de junio de dos mil veinte** su ginecóloga le comentó que era necesario hacerle una operación de un quiste de ovario y su esposo se comunicó con el señor _____ para ver si el seguro podía cubrir dicha operación.

Que el trabajador de la agencia de seguros le pidió un "Informe Médico" y "Aviso de Accidente de Enfermedad" para dar de alta el servicio y le



proporcionó a su esposo el número de **folio 1726271** para que me presentara al nosocomio y la aseguradora pagara directamente todos los gastos de la cirugía.

Con fecha **29 de junio de 2020** se llevó a cabo la operación de quiste ovárico a mi esposa y se erogó la cantidad de **\$93,576.06 (NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 06/100)**, por los siguientes gastos:

- Gastos Hospitalarios: **\$51,408.09 (CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS 09/100)**, que se acredita con la factura C257360.
- Gastos Hospitalarios: **\$8,591.97 (OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**, que se acredita con la factura C257361.
- Medicamentos: **\$791.00 (SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M6390 4989.
- Análisis Clínicos: **\$785.00 (SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M 60216.
- Honorarios médicos: **\$32,000.00 (TREINTA Y DOS MIL PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con recibo.

Adicionó que no obstante lo anterior, desde la fecha de operación no obtuve respuesta de la aseguradora ni del agente de seguros, por lo que cuando logró mi esposo contactar al señor , este le informó que ya no laboraba en la empresa y que no me podía dar información sobre mi asunto.

Asimismo, días después mi esposo contactó a la directora de la agencia de seguros , quien le prometió arreglar dicha situación, pero a la fecha no han tenido una respuesta favorable y solo le refieren que la aseguradora inicialmente no aceptó cubrir la cirugía sin justificar la causa de la misma.

En esa tesitura, del estudio de las actuaciones judiciales, cuya eficacia demostrativa es plena en términos del artículo 1294 del Código de Comercio, se estima que es procedente la acción intentada por la actora, en virtud de los siguientes razonamientos:

De conformidad con lo dispuesto por el numeral 1194 del Código de Comercio, el que afirma está obligado a probar. En consecuencia, el actor debe probar su acción y la demandada sus excepciones.



Ahora bien, la controversia tiene su origen en un contrato de seguro, por lo que se estima conveniente citar el contenido del artículo 1° de la ley sobre el contrato de seguro, que señala:

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

Conforme a lo anterior, **tenemos que la demandada**, es una empresa aseguradora y al celebrar un contrato de seguro está se obliga, previo el pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, respondiendo por tanto, de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado con la limitante de la suma y del valor asegurados, a menos que el contrato que se integra por sus respectivas condiciones generales de seguro, excluya de manera precisa determinados acontecimientos.

Así, se concluye que la procedencia de la acción en el particular, se concreta a que se demuestren los siguientes elementos:

- a) La existencia del contrato de seguro que demuestre la vigencia de la obligación a cargo de la aseguradora para cubrir la indemnización;
- b) La realización del siniestro.

En cuanto al primer elemento de la acción, consistente en la *existencia del contrato de seguro que demuestre la vigencia de la obligación a cargo de la aseguradora para cubrir la indemnización*; quedó debidamente acreditado, dado que en audiencia preliminar de fecha siete de julio de dos mil veintiuno, las partes fijaron como hecho no controvertido lo siguiente:

EL HECHO 1 EN RELACIÓN AL CONTRATO DE SEGURO CON VIGENCIA DEL VEINTINUEVE DE MAYO DE DOS MIL VEINTE AL VEINTINUEVE DE MAYO DE DOS MIL VEINTIUNO, ASÍ COMO DEL CONTENIDO DE LA PÓLIZA NÚMERO 0017801.

EL HECHO 1 EN RELACIÓN A QUE LA ACCIONANTE
, ES ASEGURADA DE LA PÓLIZA
NÚMERO 0017801.

EL HECHO 3 EN RELACIÓN A QUE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO SE LLEVO A CABO A TRAVÉS DE LA MORAL Y AGENTE DE SEGURO SEGURIDAD ARIEVA, AGENTE DE SEGUROS, S.A. DE C.V.



Lo que se adminicula con la **PÓLIZA DE SEGURO NÚMERO 0017801**, de fecha cinco de junio de dos mil veinte, con vigencia desde las 12:00 hrs. Del veintinueve de mayo de dos mil veinte a las 12:00 hrs del veintinueve de mayo de dos mil veintiuno. Documental que surte su eficacia jurídica y valor probatorio pleno en términos de lo dispuesto por los artículos 1241 y 1296 del Código de Comercio y que además se robustece con la impresión de capturas de pantalla de whatsapp exhibidos por la accionante, así como con la CONFESIONAL a cargo de la demandada, respecto de la cual se tuvieron por ciertos los hechos que pretendía acreditar la actora oferente, es decir la contratación del seguro de gastos médicos.

En consecuencia, quedó debidamente acreditado el primer elemento de la acción ejercitada.

Respecto al **segundo elemento de la acción**, esto es, la realización del siniestro.

Se acredita con las **DOCUMENTALES PRIVADAS** consistentes en "INFORME MÉDICO", constante en tres fojas de fecha veintidós de junio de dos mil veinte, así como copia simple de escrito de fecha cinco de agosto y que el oferente denomina "**HISTORIAL MÉDICO**", al que se adjunta un estado de cuenta de fecha treinta de junio de dos mil veinte.

Probanzas que se robustecen con el "**INFORME MÉDICO**", de fecha veintidós de junio de dos mil veinte, el que consta de un formato de la aseguradora demandada, y en el que consta el padecimiento que dio motivo a la intervención quirúrgica de quistemia laparoscópica a la que fue sometida la accionante.

En relación a que se haya dado aviso oportuno del mismo a la aseguradora, se acredita en términos de las **DOCUMENTALES PRIVADAS** consistentes en "INFORME MÉDICO", constante en tres fojas de fecha veintidós de junio de dos mil veinte y "AVISO DE ACCIDENTE DE ENFERMEDAD", de fecha veinticuatro de junio de dos mil veinte, ambos documentos que constan en formatos de la propia aseguradora demandada, lo que además se robustece con la CONFESIONAL a cargo de la demandada, respecto de la cual se tuvieron por ciertos los hechos que pretendía acreditar la actora oferente, es decir la contratación del seguro de gastos médicos y por tanto, con ellas se demuestra la realización del siniestro, que se dio aviso oportuno del mismo a la aseguradora, y que se proporcionó la documentación requerida, entonces queda colmado el segundo elemento de la acción.

Ahora bien, acreditados los elementos de la acción la forma en que no sea exigible para la asegurada resarcir el daño, es probar que la



3.6 Várices, varicocele e insuficiencia venenosa de extremidades inferiores.

3.7 Enfermedades ácido pépticas, incluyendo reflujo gastroesofágico...

De lo que se advierte que la intervención que motivo el siniestro del cual deriva la reclamación que nos ocupa se ubica en la hipótesis contenida en el apartado 3.1 del apartado 3 de las CONDICIONES GENERALES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL UNIKUZ BX+, CNFS-S00016-0182-2020, pues éste aconteció en fecha veintinueve de junio de dos mil veinte, mientras que la emisión de la póliza de seguro número 00017801, se advierte que lo fue el cinco de junio de dos mil veinte.

Sin embargo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 7, 20 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, imponen a la aseguradora la obligación de informar con toda claridad y precisión el alcance y términos de las condiciones generales que deben regir el seguro contratado, y entregar al asegurado el documento en el que conste fehacientemente la información relativa a los derechos y obligaciones de las partes.

De ahí que, para tener por cumplido lo anterior, la institución de seguros debe demostrar fehacientemente que el asegurado las recibió y, por tanto, formaron parte de su voluntad al suscribir el contrato y recibo de tales condiciones generales; de manera que la omisión de ese acto, conlleva a su incumplimiento, lo que no puede suplirse con leyendas o expresiones incluidas por la aseguradora en determinadas cláusulas del contrato o en la carátula de la póliza como acontece en el presente asunto, ya que con esas anotaciones, el asegurado no se impone de los alcances que regirán la relación jurídica, y no le son exigibles.

Lo anterior es así, en virtud de que la aseguradora demandada fue omisa en exhibir medio de prueba alguno con el que soportara su carga procesal de acreditar la entrega al asegurado de las CONDICIONES GENERALES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL UNIKUZ BX+, CNFS-S00016-0182-2020, ya que no acredita de manera fehaciente que entregó al asegurado el documento en el que conste la información relativa a los derechos y obligaciones de las partes y, por tanto, formaron parte de su voluntad al suscribir el contrato y recibo de tales condiciones generales, pues si bien la propia póliza de seguro número 00017801, contiene en la foja 3 lo siguiente:

“La presente carátula de póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual consta de I) solicitud y cuestionarios; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos;



VII) recibos de pago, y VIII) folleto de derechos básicos, por lo que invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet www.vepormas.com."

Así como en la foja 4 de la misma póliza consta un apartado que cita:

"DE ACUERDO CON MI ELECCIÓN ACEPTO QUE LA INSTITUCIÓN ME HA HECHO ENTREGA DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRESENTE CONTRATO"

Apoya a lo anterior la jurisprudencia **Registro digital:** 2022849 **Instancia:** Plenos de Circuito **Décima Época Materia(s):** Civil **Tesis:** PC.XI. J/3 C (10a.) **Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84, Marzo de 2021, Tomo III, página 2271, que a la letra cita:

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

Por lo tanto, las excepciones que hizo consistir en LA FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, LA FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO, LA EXCEPCIÓN DE DOLI MALI, LA EXCEPCIÓN DERIVADA DEL ARTÍCULO 78 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA EXCEPCIÓN DERIVADA DEL ARTÍCULO 1194 DEL



CÓDIGO DE COMERCIO, las que se analizan de manera conjunta dada la relación que guardan en sus argumentos, devienen infundadas

Por todo lo anterior y al haber satisfecho la parte actora, los elementos de procedencia de la acción ejercitada, al no haber acreditado la demandada alguna excluyente del contrato de seguro a su favor, es que, atendiendo a lo dispuesto por el artículo 59 de la Ley sobre el contrato de Seguro, el cual dispone que la demandada responderá de todos los acontecimientos que presente el carácter de riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, se tiene por acreditada la acción ejercitada.

Ahora bien, respecto del pago de la prestación identificada con el inciso a) consistente en el pago de la cantidad de **\$93,576.06 (NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 06/100)**, amparada en la póliza de seguro número **0017801** y derivada de los siguientes gastos:

- **Gastos Hospitalarios: \$51,408.09 (CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS 09/100)**, que se acredita con la factura C257360.
- **Gastos Hospitalarios: \$8,591.97 (OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 97/100 M.N.)**, que se acredita con la factura C257361.
- **Medicamentos: \$791.00 (SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M6390 4989.
- **Análisis Clínicos: \$785.00 (SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con la factura M 60216.
- **Honorarios médicos: \$32,000.00 (TREINTA Y DOS MIL PESOS 00/100 M.N.)**, que se acredita con recibo.

Es procedente, por lo siguiente:

La parte actora a efecto de acreditar ésta prestación, exhibió las **FACTURAS**, número C257361 de fecha treinta de junio de dos mil veinte por la cantidad de OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 97/100 M.N., por concepto de fármacos anestésicos, complementos relacionados y analépticos, misma que en su parte inferior derecha contiene sello de pagado de fecha treinta de junio de dos mil veinte por el nosocomio prestador del servicio México; la factura número C257360 de fecha treinta de junio de dos mil veinte, por la cantidad de CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS 09/100 M.N., por concepto de guantes y accesorios médicos y servicios hospitalarios de emergencia o quirúrgicos,



factura serie M, folio 60216 por la cantidad de SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N. y factura con folio interno M6390 4989 de fecha uno de junio de dos mil veinte con ticket de pago,

Documentales a las que se les concede valor probatorio pleno dado que, si bien se trata de documentos privados, las mismas cuentan con los requisitos fiscales en términos de los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y cobran fuerza probatoria con las siguientes probanzas: el estado de cuenta con fecha de impresión de treinta de junio de dos mil veinte; orden de trabajo con folio 10864, copia simple de receta médica de fecha veintinueve de junio de dos mil veinte y copia simple de descripción de honorarios médicos, de fecha treinta de junio de dos mil veinte, mismas que concatenadas crean convicción en este juzgador de los gastos erogados por la accionante con motivo del siniestro que reportó a la aseguradora demandada.

Por lo tanto, resulta improcedente la objeción planteada por la demandada, máxime que con ninguna de las pruebas aportadas a juicio desvirtuó su validez. Sirve de apoyo la tesis de jurisprudencia de la Novena Época, Registro: 197531, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo VI, Octubre de 1997, Materia(s): Civil, Tesis: I.3o.C. J/11, Página: 615 cuyo rubro y contenido son los siguientes:

"DOCUMENTOS PRIVADOS INSUFICIENTEMENTE OBJETADOS POR EL PROPIO FIRMANTE, VALOR PROBATORIO DE LOS. En tratándose de documentos privados, debe hacerse la distinción entre aquellos que provienen de terceras personas y los que se atribuyen a las partes litigantes en la controversia. Respecto de los primeros, basta la objeción del instrumento privado, debidamente razonada, para que pierda su valor probatorio, quedando a cargo del oferente la carga de la prueba y apoyar su contenido aportando otros elementos de convicción, y en relación con el segundo supuesto, para tener por satisfecho lo dispuesto por el artículo 335 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, es menester que la parte a quien perjudique realice en tiempo, forma y suficiencia la objeción, para que pierda su alcance probatorio dicho instrumento. De esta manera, se tiene que si en un caso la contraparte del oferente, al dársele vista con el documento exhibido, se limitó a manifestar que no lo había firmado, tal aseveración no pudo constituir la causa suficiente de objeción que demeritara el alcance de esa probanza, ya que para tal efecto resulta indispensable que existan causas motivadoras de la invalidez de la prueba y que se aportaran las pruebas idóneas para tal fin, como pudieron ser las periciales grafoscópicas, grafológicas y caligráficas; elementos que no se



rindieron para acreditar la impugnación, como lo dispone el artículo 341 del código citado."

Así como la tesis de la Décima Época, emitida por los Tribunales Colegiados de Circuito, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XX, Mayo de 2013, Tomo 3, Materia Civil, Tesis VIII.A.C.8 C (10a.), Página: 1787 cuyo rubro y texto, son al tenor literal siguiente:

"FACTURAS. AUN OBJETADAS, SI SATISFACEN LOS REQUISITOS FISCALES Y EXISTEN OTRAS PRUEBAS QUE LO CORROBOREN, ACREDITAN LA RELACIÓN COMERCIAL ENTRE EL COMERCIANTE Y EL ADQUIRENTE DE LOS BIENES Y SERVICIOS. *La legislación mercantil no precisa reglas específicas sobre la carga de la prueba al tratarse de facturas materia de juicio entre el comerciante y el adquirente de los bienes o servicios; entonces, lo consecuente es que a toda parte le corresponda probar los hechos de sus pretensiones; así, a la actora, que realizó los trabajos o servicios, sobre los que se expedieron las facturas; a la demandada, que cumplió con el pago o si las objeta, las causas y motivos de esa objeción. La sola objeción a las facturas produce que el contenido del documento resulte insuficiente para acreditar la relación comercial; sin embargo, ello no impide que se logre comprobar la vinculación del cliente con el intercambio de mercancías o de prestación de servicios, cuando las facturas cumplen con los requisitos fiscales en términos de los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y existen en el juicio otros medios de prueba aportados y admitidos, verbigracia, fotografías de los trabajos descritos en las facturas; de acceso a las instalaciones de la adquirente y declaraciones de testigos; pruebas que, en conjunto, así lo acreditarían, de acuerdo con las reglas de la lógica y la experiencia, máxime si no existe prueba en contrario."*

Por tanto, deviene fundada la defensa de DOLI MALI y las excepciones derivadas de las manifestaciones realizadas en la contestación de demanda, pues la accionante justificó fehacientemente los montos que erogó como pago de los servicios médicos que le fueron prestados.

Bajo esa tesitura, resulta conducente **condenar a la parte demandada al cumplimiento del contrato de seguro**, y en consecuencia de ello **haga pago a la actora** o a quien sus derechos legalmente represente, **la cantidad de \$93,576.06 (NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 06/100).**

Sin embargo, deviene fundada la defensa de PLUS PETITIO opuesta por la demandada, ya que a la suma antes citada, se le deberá descontar la cantidad de \$10,000.00 (DIEZ MIL PESOS 00/100 M.N.), por concepto de



deducible de acuerdo a lo pactado en la propia póliza de seguro basal, así como en las CONDICIONES GENERALES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL UNIKUZ BX+, CNFS-S00016-0182-2020 en el apartado VII. GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO EN EL SINIESTRO.

Del mismo modo deberá aplicarse al monto condenado el Coaseguro correspondiente de acuerdo a las CONDICIONES GENERALES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL UNIKUZ BX+, CNFS-S00016-0182-2020, esto es el 10% (diez por ciento) en el apartado VII. GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO EN EL SINIESTRO.

Por lo tanto, la cantidad a la que deberá ser condenada la demandada reembolsar a la enjuiciante asciende al monto de **\$75,218.45 (SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS 45/100 M.N.)**; cuyo importe final se denominará en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal, esto es al día treinta de junio de dos mil veinte, -fecha la anterior en que la hoy enjuiciada realizó el pago de los gastos médicos, por el padecimiento, además de que las partes no exhibieron en autos, probanza alguna a efecto de acreditar la fecha en que se realizó la reclamación correspondiente, a efecto de verificar los treinta días con que contaba la enjuiciada para resolver lo conducente respecto al pago de seguro base, debiendo estarse las partes por ende a la fecha de primer pago que realizó la demandada-, 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, ello de conformidad con lo dispuesto por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Cantidad que deberá pagar la demandada en el término de **SETENTA Y DOS HORAS** contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable de conformidad con lo que dispone el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Asimismo, **se deberá condenar a la parte demandada a pagar un interés moratorio** generado sobre la obligación principal denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la ley antes citada, 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; teniéndose como inicio del cómputo el día **treinta de junio de dos mil veinte**, -fecha la anterior que resulta ser el día inmediato posterior, a aquel en que la hoy enjuiciada realizó el primer pago de los gastos médicos exhibida por dicha parte-, cantidad que será cuantificada mediante incidente respectivo **a juicio de peritos**, en ejecución de sentencia, de conformidad



con lo dispuesto en los artículos 1330 y 1348 del Código de Comercio, y segundo párrafo del numeral 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, **una vez que sea legalmente ejecutable la presente resolución.**

V.- Tomando en consideración que el presente asunto no se ajusta a ninguna de las hipótesis previstas en el artículo 1084 del Código de Comercio, no se hace especial condena en costas.

IV.- Ahora bien, al no actualizarse alguna de las hipótesis previstas por el artículo 1084 del Código de Comercio para el pago de los gastos y costas, no ha lugar a realizar condena alguna.

Por lo anteriormente expuesto y fundado es de resolverse y se;

RESUELVE

PRIMERO. Ha sido procedente la **VÍA ORAL MERCANTIL**, en la que la parte actora probó su acción y a la demandada **SEGUROS VE POR MAS, SOCIEDAD ANÓNIMA GRUPO FINANCIERO VE POR MAS**, justificó su defensa de plus petitio y no así las demás defensas opuestas.

SEGUNDO. Se condena a la demandada **SEGUROS VE POR MAS, SOCIEDAD ANÓNIMA GRUPO FINANCIERO VE POR MAS** a pagar a la parte actora o a quien sus derechos legalmente represente, **la cantidad de \$75,218.45 (SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS 45/100 M.N.) cantidad que incluye el deducible y coaseguro ya aplicado;** cuyo importe final se denominará en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal, esto es al día doce de enero de dos mil veinte, 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, ello de conformidad con lo dispuesto por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Cantidad que deberá pagar la demandada en el término de **SETENTA Y DOS HORAS** contados a partir de que la presente resolución sea legalmente ejecutable de conformidad con lo que dispone el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

CUARTO. Se condena a la parte demandada a pagar un **interés moratorio** generado sobre la obligación principal denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la ley antes citada, en los términos precisados en el cuerpo considerativo del presente fallo, y que será cuantificada mediante incidente respectivo **a juicio de peritos**, en ejecución de sentencia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1330 y 1348 del Código de Comercio, y segundo párrafo del





numeral 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, **una vez que sea legalmente ejecutable la presente resolución.**

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

SEXTO. Notifíquese esta resolución en audiencia de juicio, queda a disposición de las partes copia simple de la misma.

A S Í, Definitivamente juzgando, lo resolvió y firma el C. Juez Trigésimo Cuarto de lo Civil de Proceso Oral de ésta Ciudad, Maestro en Derecho HOLBIN GUADALUPE PÉREZ LÓPEZ, ante la C. Secretaria de Acuerdos, Licenciada LAURA DEYANIRA TEJEDA HERNÁNDEZ, con quien actúa, autoriza y DA FE.

HGPL/ltdh



EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado: 1629144422439.pdf

Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México

Firmante(s): 2

Hojas(s): 18

FIRMANTE				
Nombre:	HOLBIN GUADALUPE PEREZ LOPEZ	Validez:	BIEN	Vigente
FIRMA				
No. serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.31.35.31.39	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha: (UTC/ CDMX)	16/08/21 20:38:34 - 16/08/21 15:38:34	Status:	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA - SHA256			
Cadena de firma:	b3 2b c4 cf 29 91 65 db f6 d6 d4 a7 80 2b 4c 20 75 59 0e 51 bc 82 a0 32 40 0b 19 e3 00 22 6f ea 74 bd 56 21 a4 ac fd 13 c0 de 33 82 c4 69 1f c3 86 3b f8 0a 23 34 d4 97 20 ad a0 d2 f6 ba 0d 2c ee 1b ed 67 4d f5 fc 95 16 72 eb e3 44 67 59 4a 2c 13 56 64 d0 d5 ee 7e 67 72 e4 22 5b 1c a0 3e 36 f5 66 7f 66 0d b3 f7 24 04 27 b6 9c 6e 77 ef 41 64 4e 91 99 99 22 65 8b e9 ed bd 16 ef 41 d9 04 cf 12 c2 9c 02 af 6b f8 0b 9e a0 56 7c 34 2e e1 ad bb 46 5e ab f8 11 0f 95 0f 51 be f8 1b 41 d6 13 98 3a 11 a8 9e f7 0c c7 58 1f c4 38 a2 55 46 66 34 87 e7 82 ce f0 5c 87 63 f8 0f d2 a4 f0 c3 cc 94 26 53 87 27 4c 01 86 56 bf 0a 1c 6a cf d3 57 b5 18 ab 7b a0 55 d2 46 1c 01 56 5e c1 86 ca ed a0 8e 15 e2 b5 84 3a 63 36 da c0 ab 27 d0 da 56 23 43 4f 97 a4 15 df 3c 2d e4 f0 d8 da 68			
OCSP				
Fecha: (UTC / CDMX)	16/08/21 20:38:34 - 16/08/21 15:38:34			
Nombre del respondedor:	Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Número de serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.32			
TSP				
Fecha : (UTC / CDMX)	16/08/21 20:38:34 - 16/08/21 15:38:34			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	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			
Identificador de la respuesta TSP:	1837173			
Datos estampillados:	EKle1m93w8eWX1vvxrAWsqZWxSY=			



EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado: 1629144422439.pdf

Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México

Firmante(s): 2

Hojas(s): 18

FIRMANTE				
Nombre:	LAURA DEYANIRA TEJEDA HERNANDEZ	Validez:	BIEN	Vigente
FIRMA				
No. serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.30.30.33.32.37.33	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha: (UTC/ CDMX)	16/08/21 20:39:52 - 16/08/21 15:39:52	Status:	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA - SHA256			
Cadena de firma:	38 d2 a6 05 fb 3c 25 ae 08 ba 51 18 6c 5c 5e 2c ff 8d 4d a7 fd 9c 2c a7 bb 59 3c 69 09 0f 9f ae df 90 21 06 da 56 23 68 10 0d 89 53 82 0d 8b a5 6f c2 9d 90 06 ed e7 b0 7d 3e c6 7e 8c 84 5e b3 71 a3 95 70 a6 78 bd 5f cb b3 cc 25 73 b8 12 bd 92 7f 12 90 ff e0 2d c3 d4 e3 c2 45 31 a8 41 02 21 a3 48 53 71 8c b0 85 5c b6 04 68 ff 0d 18 1f 15 e1 a2 13 87 09 b0 24 a2 bb c4 a2 f7 45 b2 e4 c3 84 83 e7 e9 ea 7d 56 4d ef 0a f6 03 64 87 96 e5 df 18 0d 0d ca eb c6 22 82 a0 aa 66 7a 85 13 45 18 6e 92 c6 6b 2b 0a 89 78 d4 a7 72 78 ab f0 ae 7e 7a bd 01 21 a5 f1 59 f7 4f 67 cf ea 77 d0 1f d4 c3 26 3f 17 b7 cc dc 70 c2 d7 00 11 a4 8f ed 37 1c 28 b9 d5 e9 17 3b 8b 09 f7 09 ca 09 16 de c1 58 38 8e 26 e3 3f 18 1b 3e e3 b6 8b b7 dd c0 10 b0 1e b8 29 2d f0 9d ef e8 bc 7c 59 0e cd			
OCSP				
Fecha: (UTC / CDMX)	16/08/21 20:39:52 - 16/08/21 15:39:52			
Nombre del respondedor:	Servicio delegado OCSP de la AC del Poder Judicial de la CDMX			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora del Poder Judicial de la Ciudad de México			
Número de serie:	70.6a.63.64.6d.78.32.30.32			
TSP				
Fecha : (UTC / CDMX)	16/08/21 20:39:52 - 16/08/21 15:39:52			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	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			
Identificador de la respuesta TSP:	1837273			
Datos estampillados:	cvlZxt5/oDk5lg2E0qMxDdGNHI0=			

