



CAPÍTULO I. RIESGO

1. ¿Qué es el riesgo?

De acuerdo con la Real Academia Española el riesgo es la “Contingencia o proximidad de un daño”.

La “International Organization for Standardization” (ISO) define al riesgo como la “combinación de la probabilidad de un evento y su consecuencia”, también se define como el acontecimiento futuro, posible e incierto, de naturaleza aleatoria y cuya materialización “siniestro” causa un daño concreto respecto a las personas o respecto a sus bienes.

Otra definición de riesgo señala que es la “posibilidad de que ocurra una eventualidad económicamente desfavorable o de que los valores observados se desvíen de los esperados de forma adversa.”¹

A partir de esta situación se desprenden dos vertientes:

Eventualidad

Acontecimiento que tiene la posibilidad próxima o remota de que suceda.

Económicamente desfavorable

Que produce un desequilibrio o quebranto financiero a quien le ocurre.

Para el autor mexicano Vázquez del Mercado, el riesgo “es el elemento esencial en todo contrato de seguro, consiste en la eventualidad de que se dé un acontecimiento futuro que puede ser incierto o bien cierto de plazo indeterminado. El acontecimiento no depende de la voluntad de los sujetos, por lo que puede o no suceder, todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro podrá ser objeto del contrato de seguro contra daños”.²

Ahora bien, en caso de que el riesgo este cubierto por una empresa aseguradora, ésta tiene la obligación contractual de atender el siniestro o la reclamación económica del asegurado o de sus beneficiarios a través de una indemnización, pago o prestación de un servicio, por ejemplo, reparar el vehículo accidentado.

¹ Conceptos básicos de seguros (Personas y Daños) Act. Roberto Bonilla Orozco. ITAM.

² La institución del Seguro en México. Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores. Pp. 187



Para efectos de este diplomado vamos a tomar que el riesgo es la posibilidad que por causas del azar ocurra un evento, futuro e incierto, que tenga consecuencias de daño que puedan crear una necesidad económica o que afecta el patrimonio.

Por lo anterior se concluye que sin riesgo no puede haber seguro, porque al faltar la posibilidad de que se produzca el evento inesperado, ni podrá existir daño ni se puede pensar en indemnización alguna. Esta es la esencia del seguro.

Conductas frente al Riesgo

Principalmente pueden adoptarse las siguientes actitudes ante el riesgo:

a. Indiferencia

Cuando el sujeto asume el riesgo, sin adoptar medida alguna para frenar las consecuencias dañosas que el acontecimiento del riesgo pueda causar. Se convierte en su propio respaldo económico y soporta con su patrimonio las consecuencias económicas de accidentes que afecten a sus bienes, actividad o a su propia persona o grupo familiar.

Por ejemplo, de lo anterior, tenemos a una persona que no aseguró su vehículo y tiene un accidente con otro automóvil, resultando lesionado el conductor de este último; lo que resulta que la persona tendrá que pagar lo siguiente:

Por ejemplo, en el caso de una persona que no aseguró su vehículo y tiene un accidente con otro automóvil, resultando lesionado el conductor de este último, la persona que tuvo el accidente tendrá que pagar lo siguiente:

Daños a su vehículo	\$18,000
Daños al vehículo tercero	\$32,000
Gastos médicos al conductor de vehículo tercero	<u>\$25,000</u>
Total de gastos asumidos	\$75,000

b. Prevención

Cuando el sujeto adopta un conjunto de medidas para evitar o dificultar la ocurrencia de un siniestro y conseguir que, si el accidente se produce, sus consecuencias de daño sean las mínimas posibles. Como ejemplo de medidas preventivas, en el seguro de automóvil, la instalación de aparatos de alarma o en el seguro de casa habitación la instalación de cámaras de seguridad.

c. Previsión

Se caracteriza fundamentalmente porque las medidas adoptadas por una persona tienden a prevenir las consecuencias de un siniestro. Algunos de los ejemplos que podemos encontrar son:



Ahorro. El ahorro es la acción de separar una parte de los ingresos que obtiene una persona o empresa con el fin de guardarlo para su uso en el futuro, ya sea para algún gasto previsto o imprevisto, emergencia económica o una posible inversión.

Autoseguro. Situación en la que una persona soporta con su patrimonio las consecuencias económicas derivadas de sus propios riesgos, sin intervención de ninguna entidad aseguradora.

Seguro. Es cuando el riesgo es transferido a un tercero (compañía de seguros) para hacerse cargo de los gastos en caso de que se materialice el evento adverso.

2. Características del riesgo

El riesgo debe ser determinable con precisión, señalando específicamente las particularidades para que el contrato de seguro adquiera su verdadero sentido y no se preste a interpretaciones dudosas, debiendo reunir las siguientes características:

a. Incierto o Aleatorio: Sobre el riesgo ha de haber una relativa incertidumbre, pues el conocimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro.

Aunque esa incertidumbre no se materializa de forma normal en que generalmente es considerada (ocurrirá o no ocurrirá), sino que algunas ocasiones se conoce con certeza que ocurrirá, pero se ignora cuándo, tal es el caso del seguro de Vida.

b. Posible: Existe la posibilidad de riesgo, es decir, que el siniestro cuyo acontecimiento se protege con la póliza “pueda suceder”. Tal posibilidad o probabilidad tiene dos limitaciones extremas: de un lado la frecuencia; de otro lado la imposibilidad, por ejemplo, un sismo.

La excesiva reiteración del riesgo y su materialización del siniestro atenta contra el principio básico antes aludido: la aleatoriedad y se convertiría en un servicio de conservación.

Del mismo modo, la absoluta imposibilidad de que el riesgo se manifieste en siniestro resultaría tan absurda como la reiteración continua de siniestros.

c. Concreto: El riesgo ha de ser analizado y valorizado por la aseguradora en dos aspectos: cualitativo y cuantitativo, para poder decidir su aceptación y fijar la prima adecuada.

d. Lícito: El riesgo que se asegure no ha de ir, según se establece en la legislación de todos los países, contra las reglas morales o de orden público ni en perjuicio de terceros, pues de ser así, la póliza que lo protege sería nula automáticamente. Por ejemplo, toda



compañía de seguros cuenta con un área o departamento que analiza la posibilidad de la existencia de un intento fraude (recetas médicas adulteradas, actas de defunción falsas, pérdida de un miembro del cuerpo autoinfligido).

Este principio de licitud tiene sin embargo una excepción aparente materializada:

En el seguro de Responsabilidad Civil, en donde pueden garantizar los daños causados a terceros cometidos por IMPRUDENCIA.

e. Fortuito: El riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la entidad y al asegurado, aunque en tal caso la aseguradora se reserva el derecho de ejecutar acciones pertinentes contra el responsable de los daños (principio de subrogación), como pudiera ser el robo de un vehículo con uso de la fuerza.

f. Contenido Económico: El riesgo, y más concretamente, su materialización en siniestro ha de tener una valoración económica, un contenido patrimonial que se traduce en el derecho indemnizatorio.

3. Tipos de riesgos

El riesgo puede ser clasificado teniendo en cuenta varios criterios. Las clases de riesgo más significativas:

a. Según su asegurabilidad

Riesgo asegurable. Aquél que, por su naturaleza, es susceptible de ser asegurado, es decir, cumple las características esenciales del riesgo antes señaladas.

Riesgo no asegurable. Es el que carece de alguno de los elementos o características del riesgo que impiden su aseguramiento, por ejemplo, en un seguro de vida no es asegurable la práctica de deportes peligrosos, tomando en cuenta que existen altas probabilidades que el asegurado sufra un accidente.



b. Según el objeto sobre el que recae

Riesgo patrimonial. El cual implica una disminución o pérdida, total o parcial del patrimonio del asegurado.

Riesgo personal. Aquéllos que afectan circunstancias de la persona, tales como su salud, integridad física o mental, capacidad para el trabajo, vejez o sobrevivencia.

c. Según su regularidad estadística

Riesgo ordinario. Aquellos que son susceptibles de medición estadística y que, en su planteamiento y efectos previsibles, responde a las pautas normales de contratación en el mercado de seguros.

Riesgo extraordinario. Es el que, por ser de irregular ocurrencia estadística, excede de la posibilidad de cobertura de un seguro normal o habitual, siendo por tanto preciso arbitrar fórmulas especiales para su aseguramiento. Su naturaleza anormal y la elevada intensidad y cuantía de los daños que de ellos pueden derivarse impiden que su cobertura quede garantizada en una póliza de seguro ordinario.

d. Según su grado de intensidad

Variable. Aquéllos que puede tener consecuencias diferentes. Por ejemplo, en un seguro de automóvil la consecuencia del riesgo de daños materiales no siempre es la misma, ya que existen daños materiales por inundación, explosión, volcadura, colisión, etc.

Constante. Aquél que siempre tiene los mismos efectos. Por ejemplo, la cobertura de fallecimiento en un seguro de vida siempre será el fallecimiento del asegurado, independientemente de la causa por la cual fallezca.

e. Según su proximidad física respecto de otros riesgos

- **Riesgo Distinto.** Es aquél que no tiene relación ni conexión con ningún otro. Por ejemplo, el riesgo de terremoto no tiene nada que ver con el riesgo los riesgos hidrometeorológicos.
- **Riesgo Común.** Se dice que dos o varios bienes u objetos constituyen riesgo común cuando la propia naturaleza y proximidad de ellos obliga a considerarlos como un riesgo único, puesto que la ocurrencia de un siniestro en uno afectaría inexorablemente a los restantes. Por ejemplo, en un edificio el riesgo de que el mismo se dañe es común para todos los habitantes de los diversos departamentos.
- **Riesgo Contiguo.** Aquél que, aun siendo independiente, está en contacto con otro, por lo que el siniestro que afecte a uno de ellos puede transmitirse al otro. Por ejemplo, el riesgo de incendio en una de las bodegas de la central de abasto puede afectar o transmitirse a los demás locales.
- **Riesgo Próximo (o inmediato).** Es aquél que, aunque separado de otro, está a una distancia lo suficientemente pequeña como para que el siniestro de uno de ellos pueda afectar al otro. Por ejemplo, cinco casas se encuentran en la parte baja de una colina, si lloviera las cinco casas se verían afectadas por las inundaciones.



f. Según su comportamiento con el paso del tiempo

Según el comportamiento del riesgo en el tiempo, podemos distinguir entre riesgo progresivo y riesgo regresivo.

- **Riesgo progresivo**, es aquel que va aumentando con el transcurso del tiempo, por ejemplo, el riesgo de muerte de una persona.
- **Riesgo regresivo**, por su parte, es aquel que va disminuyendo con el paso del tiempo, por ejemplo, el riesgo de no cobrar un crédito pendiente a medida que el deudor va reembolsando su importa en los plazos estipulados.

Tratamiento del Riesgo

La aseguradora, para asumir la cobertura de un riesgo, debe poner en práctica una serie de técnicas que le permitan establecer la naturaleza, valoración y límites de aceptación del riesgo en cuestión. Tales técnicas pueden resumirse en:

a. Selección

Constituye el conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico, adoptadas por una entidad aseguradora, en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquéllos que, por sus características propias, se presume que no van a originar necesariamente resultados desequilibrados, por no ser peores que el promedio de su categoría, por ejemplo, todas las personas que fuman son propensas a enfermedades cardiovasculares.

b. Análisis

Es el instrumento técnico de que se vale la actividad aseguradora para lograr el adecuado equilibrio en sus resultados. Fundamentalmente, se concreta en los siguientes aspectos:

- **Ponderación o Clasificación de Riesgos**, subsiguiente a la selección inicial, mediante la cual se efectúa la correcta tarificación del riesgo asumido, aplicándole la prima adecuada y creando grupos homogéneos con base a la probabilidad de siniestros e intensidad de estos, por ejemplo, los varones entre 20 y 30 años
- **Prevención de Riesgos**, mediante la cual se procura la adopción de las medidas precautorias adecuadas, especialmente en riesgos de naturaleza industrial, para evitar la producción de siniestros.
- **Control de Resultados**, mediante el cual se aplican aquellas fórmulas de carácter excepcional cuando, tras el análisis de los resultados obtenidos, se aprecie que son las únicas adecuadas para conseguir el necesario equilibrio técnico: franquicias discriminadas, anulación de pólizas deficitarias, delimitación de las garantías, imposición de exclusiones de cobertura. etc.



c. Evaluación

Es el proceso por el cual se establece, en un período de tiempo determinado, la probabilidad de que ocurran daños personales o pérdidas materiales, así como su cuantificación.

d. Compensación

Es el conjunto de medidas conducentes a lograr el adecuado equilibrio de resultados entre los riesgos que componen una cartera de pólizas teniendo en cuenta que, teóricamente, cada riesgo está sometido a unos índices de intensidad y frecuencia distintos. Por la compensación se pretende que los resultados antieconómicos derivados de los riesgos considerados como de peor calidad, sean contrarrestados por otros que originen una menor siniestralidad para la entidad aseguradora, es decir, es el equilibrio entre los riesgos con mayor siniestralidad y los de menor siniestralidad.

e. Distribución

Consiste en un conjunto de técnicas para el reparto o dispersión de riesgos que la actividad aseguradora precisa para obtener una compensación estadística, igualando los riesgos que componen su cartera de bienes asegurados. Esta distribución pretende conseguir la homogeneidad cuantitativa de los riesgos y puede llevarse a cabo de dos modos principales: a través del Coaseguro o del Reaseguro.

4. Agravación del Riesgo

Se entiende por Agravación del Riesgo a la modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.³

Situación que se produce cuando en el riesgo asegurado sobrevienen circunstancias que antes no existían y alteran su naturaleza desde el punto de vista asegurador, aumentando la peligrosidad por encima de los niveles existentes cuando se estipuló la prima y el contrato. Es obligación del asegurado notificar a la compañía cualquier circunstancia que agrave el riesgo asegurado. Cuando esto sucede el Asegurador puede modificar el contrato, aceptar el nuevo riesgo o rechazarlo.⁴

Luis Ruiz Rueda señala que, *“hay agravación del riesgo cuando después de la celebración del contrato sobreviene un cambio de las circunstancias que debieron declararse conforme a lo dispuesto en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de seguro siempre que tal cambio determine un aumento en la probabilidad de que se realice un evento dañoso, gravedad del riesgo o en la magnitud de las consecuencias que puede tener esa realización”*⁵ Algunos ejemplos pueden ser: cuando se contrató la póliza, el asegurado no fumaba, y

³ Grupo Nacional Provincial, seguro de automóvil. 2020

⁴ Glosario de definiciones Allianz

⁵ La institución del Seguro en México. Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores. Pp. 195



después adquirió el hábito; tenía un seguro de vida y había declarado que trabajaba de oficinista, y después se enroló en el ejército.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su Artículo 52 que a la letra dice:

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.⁶

Al respecto se desprende que quien debe tener el debido cuidado es el asegurado, ya que es el obligado de avisar a la compañía de seguros en caso de que el riesgo se agrave o sufra un aumento, ya que si no lo hace cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa de seguros. Ejemplo de lo anterior es el hecho de asegurar un vehículo y decir que su uso es exclusivamente particular, sin embargo, se pone a trabajar como medio de transporte de pasajeros y no avisa a la compañía de seguros, al suceder un siniestro la compañía le rechaza el pago, entre otras cosas, porque agravo el riesgo, ya que el uso de un vehículo de servicio público es mayor al de un uso particular, razón por la cual aumenta el riesgo.

Diferencia entre agravación y aumento de riesgo

La diferencia radica esencialmente en los sujetos que intervienen en el riesgo, en la agravación del riesgo el sujeto involucrado es el asegurado, mientras que en el aumento de riesgo son factores externos al asegurado.

5. El Riesgo como Elemento Material del Contrato de Seguro

Como ya hemos explicado, el primer elemento que se debe destacar y que resulta fundamental en un contrato de seguro es el riesgo, el cual se define como la posibilidad de que ocurra un daño que modifique nuestro patrimonio y debe tener las siguientes características:

Incierto, es decir, no sabemos si va a ocurrir y si ocurre, que no se conozca la fecha en que va a tener lugar.

- Debe ser futuro y posible.
- Concreto
- Lícito.
- Fortuito; es decir, que sea casual o no esté previsto.
- Que sea desfavorable, es decir, que suponga una merma económica para el asegurado.

⁶ Ley Sobre el Contrato de Seguro



La prima

Es otro de los elementos importantes en un contrato de seguro. No es otra cosa que el importe que el tomador está obligado a pagar para obtener la cobertura del riesgo y que ha calculado la aseguradora para asumir la cobertura de dicho riesgo.

Interés asegurado

Es el interés que tiene el asegurado en que el siniestro no se produzca y si se produce, en emplear todos los recursos a su alcance para aminorar las consecuencias.

Si no existiera este interés asegurado, el seguro podría ser objeto de un enriquecimiento injusto e infundado.

a. Acepciones

La palabra riesgo se utiliza con diversas acepciones: contingencia desfavorable a la que está expuesto alguien o alguna cosa, incertidumbre derivada del ejercicio de una actividad empresarial, peligro incierto.

b. Valoración del Riesgo

La valoración de los riesgos permite la identificación y el análisis de los riesgos que enfrenta la institución para la consecución de los objetivos, tanto de fuentes internas como externas relevantes.

c. Alteración del Riesgo

En materia de seguros, cualquier modificación que se produzca en el riesgo cubierto con la póliza, ya sea agravando o minorando éste, ocasionado por causas ajenas a la voluntad del asegurado o concurriendo malicia, culpa o negligencia.

En cualquier caso, se trata de una variación de las circunstancias inicialmente convenidas, lo que provocará una modificación del contrato y un reajuste de las primas, al alza o a la baja, según se trate de agravamiento o reducción del riesgo. En caso de no optar por el mantenimiento del contrato, ampliando o reduciendo la cobertura, podrá procederse a la resolución del contrato.



CAPÍTULO II. SEGURO

1. Concepto

La palabra seguro, tiene su origen etimológico en el latín *secūrus* que significa tranquilo, aquello que está alejado de cuidados y preocupaciones, lo que proporciona tranquilidad, dicho vocablo tiene diversos usos y significados en el idioma español, de manera que se trata de aquello que es cierto e indudable, o que aparece exento de riesgo y peligro. La palabra seguro se utiliza como sinónimo de seguridad o certeza.

Contrato de seguro

La palabra contrato proviene del latín *contractus*, derivado a su vez del verbo *contahere*, reunir, concertar. El Jurista Rafael Rojina Villegas define el contrato *como por un acuerdo de voluntades para crear o transmitir derechos y obligaciones; es una especie dentro del género de los convenios*, es decir, es un acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas, en este caso, la creación o transmisión de derechos y obligaciones, debido al reconocimiento de una norma de derecho.

En materia de contratos, el seguro se traduce en una protección financiera contra la posibilidad de ocurrencia de un evento económicamente desfavorable. La persona que contrata un seguro ya sea para beneficio propio o de terceros, recibe el nombre de asegurado. Dicha protección es brindada por una aseguradora y comienza su vigencia cuando el asegurado y la aseguradora firman un contrato llamado póliza.

Mediante el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, contra el pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Una vez definido lo que es un contrato de seguro, describiremos cuales son las:

Características del contrato de seguro

Adhesión

El asegurador fija y determina las condiciones generales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y el asegurado se limita a aceptarlas, modificarlas mediante endoso o rechazarlas. Cabe señalar que hoy en día también existen contratos de no adhesión de seguros.

Aleatorio

Las partes contratantes pactan expresamente la posibilidad de una garantía contra la posibilidad de una pérdida, según sea el resultado de un acontecimiento fortuito. Es decir, por un lado, la aseguradora acepta cubrir un riesgo futuro e incierto y por otra parte el contratante pacta el resarcimiento de un riesgo, lo que es un hecho es que ninguna de las partes sabe cuándo ocurrirá un siniestro.



<p style="text-align: center;">Bilateral</p> <p>El contrato crea obligaciones recíprocas a cargo de las partes. Se imponen derechos y obligaciones entre la aseguradora y el contratante/asegurado.</p>
<p style="text-align: center;">Consensual</p> <p>Es la recíproca expresión de voluntades del asegurador y del asegurado lo cual se expresa por escrito mediante la póliza, es decir, se establece por el mero consentimiento de las partes. El perfeccionamiento del contrato de seguro no se condiciona a la entrega de la póliza o al pago de la prima.</p>
<p style="text-align: center;">Nominado</p> <p>Es un contrato que posee una normatividad específica, es decir un régimen particular propio, por ejemplo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siendo el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación o bien, la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que se dedica a regular la oferta de seguros, así como su organización y funcionamiento.</p>
<p style="text-align: center;">Oneroso</p> <p>Cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra (pago de primas y el pago de la indemnización)</p>
<p style="text-align: center;">Buena fe</p> <p>Obliga a las partes a actuar entre sí con honradez, toda vez que obliga al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar a fin de que el asegurador tenga la información para aceptar o denegar el riesgo</p>
<p style="text-align: center;">Tracto sucesivo</p> <p>Las personas se encuentran vinculadas dentro de una vigencia y durante este periodo se debió haber pagado una prima y ocurrido un siniestro o bien extinguido el contrato</p>
<p style="text-align: center;">De masas</p> <p>Debe existir un grupo asegurado en donde se reparte el riesgo o bien la concurrencia de un gran número de seguros suscritos.</p>
<p style="text-align: center;">De garantía</p> <p>Es el compromiso de la aseguradora para resarcir o indemnizar al asegurado contra el pago de una prima respecto del daño que se llegue a producir por la realización de un siniestro</p>
<p style="text-align: center;">Principal</p> <p>No depende de otro contrato u obligación para ser efectivo (excepto el seguro de caución).</p>



CAPÍTULO III. HISTORIA DEL SEGURO

1. Antecedentes

El seguro tiene sus antecedentes primarios en civilizaciones tan antiguas como la griega y la romana, en donde se efectuaban *préstamos a la gruesa*, práctica en desuso, que consistía en que el prestamista entregaba dinero u otros bienes fungibles a un naviero para realizar transporte marítimo, obligándose el naviero a pagar al prestamista el precio del riesgo si el viaje concluía en feliz arribo a puerto, en caso contrario, si el barco naufraga o no llega a puerto, nada debe el naviero al mutuante (perdiendo capital e intereses).

Durante su travesía, las embarcaciones de transporte de mercancías se encontraban expuestas a peligros como la piratería el hundimiento o el robo, por lo que, con el tiempo, los comerciantes tuvieron la necesidad de unirse a través de mutualidades para mitigar las pérdidas, que permitía a los miembros hacen aportaciones o acciones que los beneficia recíprocamente.

Posteriormente, los gremios medievales, establecieron asociaciones con fines caritativos, cuyos fondos servían para proteger a sus miembros contra las pérdidas sufridas por incendio, inundación o robo, denominadas “Guildas medievales”, las que se caracterizaban porque las primas no estaban en relación con las prestaciones.

En Inglaterra, Dinamarca y especialmente en Alemania las denominadas Guildas tenían un carácter gremial e implicaba un compromiso de ayuda mutua en caso de incendio, robo o muerte de ganado.

Tiempo después, durante la *Época Moderna*, aparece en Hamburgo, aproximadamente en el año **1500**, una primera manifestación del seguro de daños, al conocerse la existencia de unas “Cajas” especiales de propietarios cuyo fin era exclusivamente agruparse para socorrerse en caso de incendio.

En **1549**, Carlos V dicta la primera ley que regula con carácter de obligatorio el Contrato de Seguro Marítimo, y de ser normalmente representada por un individuo, pasa a tener la forma de entidades pluripersonales y sociedades anónimas.

Más tarde en Inglaterra, surge un precedente del seguro, cuando el domingo 2 de septiembre de **1666**, en una época inusualmente seca, se inició un incendio en el comercio de Thomas Farynor, panadero del rey Carlos II, sin embargo debido al viento y a que la mayoría de las casas hechas de madera contaban con techos cubiertos de paja como correspondía a la antigua construcción medieval, las llamas comenzaron a extenderse sin límites mientras la gente huía de sus casas, muchos se arrojaban al Támesis. Las piedras de la catedral de St. Paul estallaron por el calor y el plomo se derritió, corriendo por las calles. Los medios para combatir las llamas eran muy precarios y la única manera eficaz de parar el incendio fue demoler los edificios en buenas condiciones que se hallaban en su camino. Cuando el fuego se apagó, el espectáculo era terrible: 12,300 viviendas y 87 iglesias habían



sido destruidas y miles de personas que habían perdido sus casas y sus negocios esperaban en los alrededores de la ciudad, sin comida y sin abrigo.

Este lamentable accidente indujo a Nicholas Barbon a abandonar su profesión de médico e iniciar la reconstrucción de las viviendas arrasadas por el fuego, demostrando la imperiosa necesidad de asegurar las precarias construcciones de la época por lo que creó su propia compañía aseguradora contra incendios en **1667**, la *Fire Office*.

También en Inglaterra, particularmente en Londres, es donde se da mayor impulso al seguro, siendo los cafés los lugares donde generalmente se concertaban las operaciones de aseguramiento, relacionadas casi exclusivamente con el comercio y la traspotación marítima que derivaría en la creación de la Corporación Lloyd's, constituida por disposición del Parlamento en **1871** como una compañía de seguros y una de las empresas más importantes del mundo. Dicha empresa aprovechó las circunstancias para elaborar estadísticas e investigar las probabilidades de pérdidas y riesgos en la navegación, de ahí por qué la ciudad de Londres llegó a ser el centro de los contratos de seguros.

Por otra parte, el primer tipo de seguro indemnizatorio en caso de fallecimiento, que se conoce es el caso de los pagos por enterramiento que las sociedades religiosas grecorromanas proporcionaban a sus miembros. Ni estas sociedades religiosas, ni ningún sistema pre moderno de pago por defunción usaban cálculos actuariales. Se solían financiar *a posteriori*, es decir, los sobrevivientes sufragaban los costos del funeral una vez que estos habían sido pagados. Por ello, a veces no había fondos suficientes para cubrir todas las necesidades.

Durante el siglo **XVII**, el seguro sobre la vida humana comienza a desarrollarse en medio de varias eventualidades, debido en que en aquellos días era difícil de calcular de antemano el costo real del seguro de vida. Surgen Las "Tontinas" como inventiva del banquero italiano llamado Lorenzo Tonti, quien propone la explotación por el estado francés de rentas vitalicias. El sistema de anualidad de Lorenzo Tonti, aunque de hecho se trataba de una forma de especulación, suele considerarse como el primero en utilizar las leyes de la probabilidad y el principio de la esperanza de vida para fijar las anualidades.

Con este sistema, se constituían asociaciones de individuos que, al margen de su edad, creaban un fondo de contribuciones equitativas para cada miembro. El total se invertía, y al final de cada año el interés obtenido se repartía entre los supervivientes. El último superviviente recibía el interés logrado ese año y la totalidad del principal. Aunque este método no tuvo mucho éxito, fue una de las primeras semillas del seguro de vida.

Como dato curioso, nos referiremos a la primera póliza de seguro sobre la vida que se conoce, perteneciente a un londinense, William Gibbons en el año 1583 que, aunque la póliza cerró con la plegaria *Mr. Gibbons*, éste falleció dentro del mismo año. *Solamente había pagado 32 libras de prima, sin embargo sus herederos recibieron el capital de 400 libras, por las que había sido asegurado*".



2. El Seguro en México

La situación geográfica de la Nueva España (entre el océano Atlántico con entrada por el Golfo de México y el mar Caribe, y el Océano Pacífico) y su situación política con España, privilegiaron el desarrollo del comercio marítimo, de manera que el comercio exterior se llevaba a cabo en Veracruz, con España, y por Acapulco con Filipinas. De esta última salían toneladas de *drogas* (evidentemente no de las actuales), *aromas del Oriente*, *sejería*, *porcelanas de China y Japón* y *otros preciosos artículos de aquellas regiones* rumbo a México y regresaba cargado de *plata en barras*, *monedas ya acuñadas*, *vino*, *aceite*, *etcétera*, *así como de pasajeros*, *tales como presidiarios condenados a servir en las Filipinas*, mientras tanto, de los puertos de Cádiz y Sevilla salían diversas mercancías rumbo al puerto de Veracruz y regresaban a España cargados de frutas, oro y plata, convirtiendo a este puerto como el más importante de la Nueva España.

Eso, hasta que el ánimo revolucionario francés y el independentista de las colonias británicas en América del Norte influyeron en la *sociedad criolla*, *integrada por españoles nacidos en México*, que inició el movimiento de Independencia en México.

En ese entorno, en 1789, se llevó a cabo la fundación de la primera compañía de seguros en el puerto de Veracruz, motivada por el comercio marítimo denominada Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España, con el propósito de cubrir los riesgos de los que se denominaba en España como La Carrera de Las Indias que eran las rutas oceánicas en donde los barcos mercantes que iban y venían del viejo continente hacia la Nueva España eran protegidos por buques de guerra ante el azote de piratas y corsarios.

El periodo de la independencia por el cual atravesó México durante el siglo XIX, fue poco favorable para la actividad aseguradora, la cual había dado un muy modesto inicio a finales del siglo anterior. Sin embargo, al empezar la segunda mitad del siglo XIX, el seguro inició su camino que lo llevaría a través del tiempo y de diferentes legislaciones, hasta nuestros días.

El Código de Comercio, promulgado el 17 de mayo de 1854 y también conocido como *Código Lares*, contemplaba ya el contrato de seguro de conducción terrestre y los seguros marítimos en los que incluso se otorgaba *“a los agentes consulares mexicanos la facultad de autorizar los contratos de seguros que se celebren en las plazas de comercio de sus respectivas residencias, siempre que alguno de los contratantes sea mexicano”*.

En este sentido, el Código señalaba que dichas pólizas tendrían igual fuerza que si se hubieren hecho con la intervención de un corredor en México.

Durante el gobierno imperial de Maximiliano de Habsburgo, se establecieron en el país varias compañías de seguros. En esa época se otorgaban autorizaciones para poder ejercer la actividad aseguradora en el ramo que fuere, y por otro, autorización a los estatutos de la compañía, en los cuales se establecían reglas sobre el funcionamiento de la nueva empresa, así como definiciones tales como *seguro y prima*, que a la postre serían utilizadas como base para la elaboración de las leyes específicas sobre el contrato de seguro en México.

El primer ordenamiento relacionado con las compañías de seguros fue la Ley sobre Compañías de Seguros, promulgada bajo la Presidencia del General Porfirio Díaz y



publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 1892, que daba las bases legales para normar a las instituciones aseguradoras mexicanas y extranjeras que operaban en México.

Al promulgarse la Ley sobre Compañías de Seguros, las aseguradoras que operaban en el país, particularmente en el rubro de incendios, sintieron la necesidad de formar una asociación privada que armonizara los intereses de los agentes y representantes de las compañías y, al mismo tiempo, se estableciera una Tarifa de Seguros de Incendio de la República Mexicana y un Reglamento que la hiciera respetar.

Fue así como en el mes de enero de 1897, los representantes de diecisiete compañías extranjeras de seguros contra incendio que operaban en la República Mexicana fundaron una asociación privada bajo la denominación de Asociación Mexicana de Agentes de Seguros contra Incendio. Al término del primer año de vida de la Asociación, quedó formado su reglamento y, en 1898, se determinó la primera tarifa de incendio. El primer presidente de la asociación por muchos períodos posteriores fue el Sr. don Pablo Alexanderson, el cual representaba la compañía Liverpool & London & Globe de Inglaterra.

La *“Ley General de Sociedades de Seguros”*, promulgada el 25 de mayo de 1926, puede considerarse como el primer documento importante de legislación del seguro, ya que cubría todos los aspectos que regulaban a una institución de seguros que operara en el territorio de la República, fuera mexicana o extranjera, en los distintos ramos de la actividad aseguradora de la época.

El 31 de agosto año 1935, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la *“Ley General de Instituciones de Seguros”*, promulgada el 26 del mismo mes y año, la cual perseguía tres objetivos:

- 1) Mexicanizar a la actividad aseguradora (capital extranjero en minoría);
- 2) Dotar a la Secretaría de Hacienda el control de las instituciones de seguros; y
- 3) Establecer el control más estricto de toda esa actividad.

A su vez, el 27 de noviembre de 1936, se publicó el primer “Reglamento del Seguro de Grupo” aprobado por el Congreso de la Unión el 13 de noviembre del mismo año y que, hasta el 7 de julio de 1962, fecha en que fue publicada una segunda versión con las modificaciones que fueron necesarias acordes a la situación de la época. Cabe mencionar que este Reglamento fue abrogado el 20 de julio de 2009, cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Un hecho importante que no podemos dejar de mencionar fue la creación de la Comisión Nacional de Seguros que es el antecedente de lo que hoy conocemos como Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual se fundó durante el gobierno del General Manuel Ávila Camacho mediante Decreto que reformó la Ley General de Instituciones de Seguros de 1935, en febrero de 1946, que desde ese entonces se erigía como una autoridad con facultades de “vigilancia e inspección” del sector asegurador.



Más tarde, mediante Decreto de fecha 23 de diciembre de 1970, denominado Reforma y Adiciones a la Ley General de Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares y a la Ley Orgánica del Banco de México la Comisión Nacional de Seguros fue fusionada con la Comisión Nacional Bancaria para formar una sola con el nombre de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, misma que permaneció así durante dos décadas.

Es el 20 de diciembre de 1989, cuando se emite el Decreto que reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1990, cuando la legislación sufre un nuevo cambio y con ello, una nueva etapa del seguro por varias razones, entre las cuales destacan las siguientes:

- Se regresó al régimen de “autorización” para organizarse y funcionar como institución de seguros.
- Las instituciones de seguros podrían realizar operaciones de reafianzamiento.
- Se dispuso que las primas de todo tipo de seguros diferentes al ramo de vida, se calcularán por parte de cada compañía, aprovechando las experiencias de la misma, propiciando la competencia en el mercado.
- Se introdujo un procedimiento para la estimación de la solvencia de cada institución.
- Las instituciones de seguros tendrían la posibilidad de integrarse a grupos financieros debidamente constituidos y en función.
- Con motivo del Tratado de Libre Comercio con América del Norte –TLCAN– entre México, Canadá y los Estados Unidos, nuevamente se establecieron en el país, filiales de compañías extranjeras.
- El sector se vio involucrado en el tema del pago de las pensiones según la nueva Ley del Seguro Social.
- Se crearon nuevos ramos de seguros atendiendo a las necesidades del mercado y para transparentar la operación de algún otro ya en vigor.
- El capital mínimo pagado de cada institución de seguros se fijó en Unidades de Inversión (UDI).

De igual manera, esta reforma previó la creación de la actual Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, definiendo entre otras cosas su estructura y facultades. De esta manera, la antigua Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, se escindía en dos Comisiones: la de Seguros y Fianzas, y la Bancaria.

Es de precisar, que esta Ley General fue abrogada mediante decreto publicado el 4 de abril de 2013.

Más adelante veremos el surgimiento de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y sus facultades en materia de vigilancia, transparencia y protección a los usuarios de servicios y productos de seguros.



CAPÍTULO IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

1. Elementos Materiales

Como vimos en el capítulo 2, el contrato se define como el acuerdo de voluntades de dos o más personas que produce la creación o transmisión de derechos y obligaciones.

Ahora bien, el artículo primero de la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala que 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.

De la anterior oración se desprenden los elementos materiales del contrato de seguro que son la prima, el siniestro, la indemnización y el riesgo, los cuales se definirían a continuación:

a. La Prima

La prima se define como la aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la aseguradora por concepto de la contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le otorga, con la finalidad de que, una vez que se presente el siniestro, la aseguradora se encuentre en posibilidad de pagar la indemnización correspondiente.

Dicho en otras palabras, es el precio que el contratante debe de pagar por quedar asegurado.

Técnicamente, la prima es la probabilidad media teórica de que exista un siniestro de una determinada clase. Cabe señalar que para algunos tratadistas y estudiosos del seguro, la prima debe ser proporcional a la duración del seguro, por ejemplo, Luis Ruiz Rueda calcula la prima en función de:

1. Del tiempo de exposición al riesgo. Ejemplo: Seguro de automóvil a un año.
2. De la suma asegurada. Ejemplo: Valor del vehículo \$400,000.00
3. De la gravedad e intensidad del riesgo. Ejemplo: Coberturas por robo y daños materiales

Desde el punto de vista jurídico, es el elemento material más importante del contrato de Seguro, porque su naturaleza, constitución y finalidad lo hacen ser esencial y típico de dicho contrato.

Por ejemplo, si en un país, o zona determinada, hubiera 1,000,000 de automóviles, respecto a los cuales la experiencia demostró que, al cabo de un año, 250,000 de esos vehículos iban a tener un siniestro por un importe de \$25,000 MN cada uno, la prima que la aseguradora debería cobrar individualmente a las personas cuyos vehículos quisieran asegurar sería la de \$6,250 MN, con la siguiente operación: $250,000 \times 25,000 / 1,000,000 = \$6,250 \text{ MN}$

Como se puede observar en el ejemplo, la prima no puede ser equivalente al riesgo, sino proporcional, porque el pago de la indemnización depende de un acontecimiento fortuito, que podría suceder o no y cuya cuantía se desconoce a priori.



Adicionalmente a los recargos por pago fraccionado, dentro del cobro de la prima una institución de seguros considera una serie de recargos denominados como:

- Gastos de administración (cobro de primas, tramitación de siniestros, sueldos del personal de la aseguradora, etc.)
- Gastos de producción (comisiones de agentes)
- Gastos de redistribución de riesgos (coaseguros y reaseguros)
- Recargo para desviaciones estadísticas y margen de utilidad

A todos estos conceptos se les conoce como prima comercial; si a esta prima comercial se le agregan impuestos y accesorios extra nos da como resultado la prima total. En resumen, los componentes esenciales de la prima son los siguientes:

- Precio teórico (probabilidad de que ocurra un siniestro).
- Recargo por gastos de administración, producción, compensación y redistribución de riesgos más la ganancia comercial.
- Gastos fiscales.

Clases de Prima:

1. Según su situación económico-contable

- Prima Emitida.** - Es aquella que corresponde al nacimiento o renovación del contrato de seguro, pudiendo estar en cualquiera de los tres estados siguientes:
 - **Prima Anulada.** - Es la que resulta eliminada de la emisión bien por rescisión de la póliza, por sustitución de esta o por haber sido emitido incorrectamente el recibo correspondiente.
 - **Prima Cobrada.** - Se da ese nombre a aquélla cuyo importe ha sido satisfecho por el asegurado.
 - **Prima Pendiente.** - Es aquélla cuyo importe no ha sido aún satisfecho por el asegurado o contratante.
- Primas Netas Emitidas Devengadas (P.N.E.D.).** - Para analizar este concepto (propio de la organización y del método económico contable de MAPFRE), conviene antes precisar el de Primas Netas Emitidas. (P.N.E.) entendiéndose como tales las Primas Emitidas, una vez deducidos los impuestos, anulaciones y devoluciones que les correspondan.
La P.N.E.D. (Primas Netas Emitidas Devengadas) se obtienen al deducir de las P.N.E. el incremento que hayan sufrido, al final del período económico, las Provisiones Técnicas para Riesgos en Curso y para Primas Pendientes de Cobro.



2. Según su período de cálculo y forma de pago

- a. **Prima Fraccionaria.** Es la calculada estrictamente para el período de tiempo, menor de un año, durante el cual tiene vigencia el seguro.
- b. **Prima Fraccionada.** Este tipo de prima, aunque calculada en períodos anuales, es liquidada por el asegurado mediante pagos periódicos más reducidos (meses, trimestres, etc.).
- c. **Prima Anual.** Para distinguirla de la Prima Fraccionada, se da este nombre a la que se satisface de una vez para la cobertura de un riesgo durante 12 meses.
- d. **Prima Única.** Se trata de una modalidad de prima típica del Seguro de Vida. Representa el valor que, en el momento de emitirse la póliza, tiene el conjunto de las obligaciones futuras de la entidad aseguradora, de acuerdo con los términos de probabilidad de riesgos existentes. En consecuencia, el tomador del seguro satisface su importe de una sola vez y por adelantado, quien con ello se libera de la obligación de pagar nuevas cantidades durante toda la duración del seguro.
- e. **Prima Periódica.** Frente a la Prima única, es la que el tomador del seguro satisface periódicamente, normalmente por anualidades, durante la duración de éste.

3. Por su relación con el riesgo

- a. **Prima Natural.** En los seguros de automóviles, si un vehículo durante el primer año que estuvo asegurado fue de los más robados, para el siguiente año la prima por el riesgo de robo total aumentara de manera natural a lo que aumenta el riesgo.
- b. **Prima Nivelada (Promedio o Constante).** Recibe tal denominación la que permanece invariable durante la vigencia del riesgo. En el seguro de Vida y dentro de los contratos de duración superior a un año, es aquella que se mantiene constante durante toda la vida del seguro.
- c. **Prima Creciente.** Se da este nombre a la que tiene, o debería tener, un aumento sucesivo en su importe a medida que pasa el tiempo. Ocurre esto en determinados riesgos, como en el seguro de Vida, en que al tener el asegurado más edad existe una mayor probabilidad de su muerte.
- d. **Prima Decreciente.** Es la que tiene, o debería tener, una disminución en su importe a medida que pasa el tiempo. Ocurre esto en determinados riesgos, como algunas modalidades del seguro de Vida. Este es el caso del Seguro de Amortización de Préstamos, en el que a medida que transcurre la duración del contrato, el capital garantizado que queda pendiente es menor y la prima tiende a disminuir.



4. Otras Clases

- a. **Prima de Ahorro.** Se da este nombre, en el Seguro de Vida, a la parte de prima destinada a cubrir la posibilidad de supervivencia del asegurado al producirse el vencimiento del contrato.
- b. **Prima Base.** Para distinguirla de la Prima Complementaria, se da ese nombre a la que se establece con carácter básico para un determinado riesgo, sin perjuicio de ulteriores modificaciones en su importe a consecuencia de cambios, previstos o no, que en el futuro puedan introducirse en el objeto asegurado o en el valor de éste.
- c. **Prima de Reaseguro.** Es la que el asegurador paga al reasegurador en contraprestación del riesgo asumido por éste.
- d. **Prima de Reposición.** En general, en los Seguros de Daños, la prima se compone de: Prima de Reparación, destinada a cubrir la posibilidad de que el objeto asegurado sufra daños a causa de siniestro, que hagan necesaria la reparación, y Prima de Reposición, destinada a reponer el objeto como nuevo cuando los daños sufridos signifiquen su pérdida total. La parte de Prima de Reposición es alta en el primer año de vigencia del contrato y va disminuyendo según decrece, por el uso, el valor del objeto asegurado. Al contrario, la parte de Prima de Reparación aumenta, ya que también aumentan los posibles costes de reparación del objeto asegurado, por el propio envejecimiento de éste.
- e. **Prima de Riesgo (En el Seguro de Vida).** Para distinguirla de la Prima de Ahorro, se da este nombre a la parte destinada a cubrir exclusivamente la posibilidad de muerte del asegurado.
- f. **Prima Temporal (o Limitada).** La que se satisface durante un período de tiempo inferior al de la duración del contrato.

La extra prima

Es el recargo aplicable, en algunos, casos en atención a las características físicas del riesgo derivada de la manifestación que realiza el asegurado al contratar la póliza correspondiente, por ejemplo, cuando una persona realiza actividades de deporte extremo existe mayor riesgo de que ocurra un siniestro, por lo que la prima aumentará considerablemente.



b. El siniestro

Es un elemento clave en el contrato de seguro y se define como la realización material del interés asegurado o bien se ha producido alguno de los hechos asegurados que se contemplan en la **póliza de seguros**.

También se define como la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce los daños garantizados en la póliza hasta determinado valor.

Por lo tanto, el siniestro es un acontecimiento que, por causar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.

En función del tipo de seguro del que se trate y de las condiciones de la póliza, será la clase de siniestro, por ejemplo:

- En un seguro de vida, se produce un siniestro cuando fallece la persona asegurada.
- En un seguro de automóvil, se produce un siniestro cuando el asegurado tiene un accidente.
- En un seguro de salud, se produce un siniestro cuando el asegurado se pone enfermo y necesita asistencia médica.
- En un seguro del hogar, se produce un siniestro cuando se incendia la cocina del domicilio asegurado por accidente.
- En un seguro de protección de pagos, se produce un siniestro cuando la persona asegurada pierde su trabajo por despido improcedente.

Ahora bien, para que una institución de seguros proceda al pago de la indemnización de un siniestro o bien esté obligada a cumplir con el contrato, lo primero que debe suceder es comprobar, por un lado, la realización del siniestro y por otro, si el bien resultó dañado o la persona afectada.

Una vez ocurrido el siniestro, éste debe ser evaluado mediante un conjunto de actuaciones realizadas por la entidad de seguros, encaminadas a determinar el valor económico de las pérdidas sufridas por el asegurado.

Generalmente, tal valoración se efectúa por un ajustador, el cual elabora un informe en el que se reflejan las circunstancias concurrentes en el siniestro y las bases que determinen si es indemnizable o no y el importe a cubrir.



Clases de siniestro

1. Según el grado de intensidad del daño producido

- a. **Siniestro Total.** Se da este nombre a aquél cuyas consecuencias han afectado a la totalidad del objeto asegurado, destruyéndolo completamente.
- b. **Siniestro Parcial.** Es aquél cuyas consecuencias sólo afectan a parte del objeto asegurado, sin destruirlo completamente.

2. Según su estado de tramitación

- a. **Siniestro Declarado.** Aquél que ha sido comunicado por el asegurado a su entidad aseguradora.
- b. **Siniestro Pendiente.** Es aquél cuyas consecuencias económicas aún no han sido totalmente indemnizadas por la entidad aseguradora. Puede estar pendiente de pago por haber sido ya valorado por la entidad; pendiente de liquidación, si se encuentra en estudio su valoración; o pendiente de declaración, si, habiendo ocurrido, no ha sido comunicado, pero debe ser contabilizado
- c. **Siniestro Liquidado (o Pagado).** Aquél cuyas consecuencias económicas han sido completamente indemnizadas o reparadas por la entidad aseguradora.

c. La indemnización

Se define como resarcir un daño o pagar la suma de dinero a que está obligada contractualmente la aseguradora a consecuencia de la realización de un siniestro, y cuyo fin es el de conseguir la compensación económica del patrimonio del asegurado o beneficiario afectado por la realización del mismo, ya sea a través de una sustitución de los objetos dañados, mediante la entrega de una cantidad equivalente a los bienes afectados o la reparación de la cosa asegurada según sea el caso.

Para el caso de que la indemnización corresponda al pago de los daños, este debe registrarse principalmente por el principio indemnizatorio de que el asegurado no puede obtener un lucro, sino solamente el resarcimiento de los daños sufridos, es decir, el valor de reposición no debe exceder del precio del objeto dañado, pues de otra forma se produciría un enriquecimiento injusto para el asegurado, que incluso podría llegar a tener interés en que el siniestro se realice para obtener un beneficio.

De lo anterior, se entiende que las indemnizaciones que las instituciones de seguros paguen a sus asegurados tienen una doble limitación:

1. La indemnización no puede ser superior a la suma asegurada
2. La indemnización no puede exceder del precio del objeto dañado inmediatamente antes de que se produzca el siniestro.

Ahora bien, en el caso de que la suma asegurada establecida en la caratula de la póliza sea por el valor real de la cosa asegurada, al momento de producirse un siniestro no existirá ningún problema en la indemnización, ya que, si el siniestro tuviera el carácter de pérdida



total, la indemnización equivaldría al 100% de la suma asegurada y si el siniestro ha sido parcial, se establecerá la correspondiente proporción.

Supraseguro e infraseguro

Este problema surge cuando existe una valoración excesiva o defectuosa del objeto asegurado y la suma asegurada establecida en la caratula de la póliza es superior o inferior, respectivamente, al que realmente tiene.

El supuesto de la valoración excesiva o supraseguro, lo podemos observar cuando, en caso de pérdida total, algunos asegurados consideran que tienen el derecho a reclamar el 100% de la suma asegurada, argumentando que la institución de seguros ha estado cobrando durante determinado número de años una prima proporcional a dicha suma y que, en consecuencia, ha de satisfacer la indemnización prevista en la póliza. En este caso, si el error es imputable al asegurado, ya sea por dar un valor superior a la cosa asegurada actuando de mala fe, o bien simple y sencillamente tuvo un error al proporcionar el valor del bien, en este caso, la aseguradora responderá únicamente hasta el valor real de la cosa asegurada.

Por el contrario, si lo que se produce es una valoración defectuosa del objeto asegurado (infraseguro) es lógico que la postura que mantenga la institución de seguros consista en no indemnizar más de lo que establece la carátula de la póliza respecto a la suma asegurada, en proporción a la cual ha percibido las primas, aunque realmente el precio del valor en venta del objeto dañado sea superior a la suma asegurada.

El límite máximo de responsabilidad para la compañía de seguros queda establecido en la caratula de la póliza bajo el concepto de suma asegurada, por lo que no puede exigirse indemnización alguna, por parte del asegurado, superior a dicha suma.

Por otra parte, es importante comentar que, invariablemente, cada indemnización conlleva la aplicación a cargo del asegurado de un deducible.

d. El Deducible

Es la participación del asegurado en la pérdida ocasionada por el siniestro y tiene como finalidad que el asegurado haga todo lo que esté a su alcance para evitar que acontezca el siniestro.

Dicho en otras palabras, es la cantidad por la que el asegurado se hace responsable de sus riesgos y en virtud de la cual, en caso de siniestro, soportará con su patrimonio la parte de los daños que le corresponda.

Generalmente, el deducible es impuesto por la aseguradora, siendo un porcentaje de la suma asegurada; se dice en el argot de seguros que, si la prima es alta, el importe del deducible es bajo y viceversa.

Si el importe del siniestro es inferior a la cantidad estipulada como deducible, su costo correrá por completo a cargo del asegurado; si es superior, la aseguradora sólo indemnizará por el exceso de aquélla.



Ejemplo con cantidad inferior al deducible

Valor del vehículo: \$200,000

Deducible establecido en la caratula de la póliza: 5% por daños materiales

Siniestro: Raúl se encontraba en un semáforo a bordo de su vehículo, pero por estar viendo su celular, aceleró creyendo que el semáforo se encontraba en verde, impactándose en la parte trasera de otro vehículo, al cual no le pasó nada, sin embargo, la parrilla delantera del vehículo de Raúl se dañó. Al llegar el ajustador y al hacer la evaluación de los daños, le indica a Raúl que sus daños ascienden a \$7,000 pesos y como el deducible es de \$10,000 pesos lamentablemente no es posible otorgarle el pase al taller, ya que los daños no rebasaron el monto base del deducible.

Valor de los daños	\$7,000.00
Deducible a cargo de Raúl 5%	\$200,000.00 = \$10,000.00
Los gastos corren a cargo del asegurado	\$7,000.00

Ejemplo con cantidad superior al deducible

Valor del vehículo: \$200,000

Deducible establecido en la caratula de la póliza: 5% por daños materiales

Siniestro: Raúl se encontraba manejando su vehículo y por distraerse a voltear a ver su celular, su vehículo se subió a la banqueta y se impactó con un semáforo, causándole graves daños a la parte frontal de su vehículo, al llegar el ajustador, éste le indica que el valor de los daños asciende a \$50,000 pesos, por lo que tendrá que pagar el 5% del deducible para que procedan a reparar los daños, por lo que queda de la siguiente manera:

Valor de los daños	\$50,000.00
Deducible a cargo de Raúl 5%	\$200,000.00 = \$10,000.00
Por lo que la aseguradora solo pagará	\$40,000.00

e. Coaseguro

En el seguro de gastos médicos mayores, además, existe otra figura denominada coaseguro, que no es otra cosa más que la participación a cargo del asegurado en los gastos totales a



consecuencia del siniestro; esta participación se establecerá en porcentaje en la caratula de la póliza y se aplicará una vez descontado el deducible.

Como ejemplo de lo anterior tenemos lo siguiente:

Arturo tiene contratada una póliza de Gastos Médicos Mayores con una suma asegurada de \$100,000,000 de pesos con un deducible de \$40,000 pesos y un coaseguro del 15%. A mediados de año Arturo tiene la necesidad de hacer uso de su póliza de seguro y tiene un siniestro cuyos gastos ascienden a la cantidad de \$500,000 pesos. Por lo que la aseguradora le indemnizará de acuerdo con lo siguiente:

Gastos \$500,000, menos \$40,000 de deducible da un resultado de \$460,000, menos la aplicación del coaseguro del 15% (\$69,000), dando una indemnización por parte de la aseguradora a Arturo de \$391,000.

Doble Seguro (o concurrencia de seguro)

¿Qué pasa si yo tengo asegurado un bien dos veces?

Si se produjera la pérdida de un objeto a consecuencia de un siniestro y sobre el mismo objeto existieran varios seguros del mismo tipo, las indemnizaciones conjuntas por las distintas aseguradoras sobrepasarían el valor real del objeto y serían, por tanto, causa de lucro para el asegurado.

Por lo tanto, cada una de las aseguradoras concurrentes sólo pagaría la parte proporcional de la suma asegurada de su respectiva póliza, sin que el conjunto de las indemnizaciones sobrepasara el valor real de los daños producidos por el siniestro.

No obstante, lo anterior, en el caso del seguro de vida, una persona podrá tener los seguros de vida que pueda pagar sin que esto se le denomine concurrencia, ya que, en caso de siniestro, cada compañía de seguros indemnizará íntegramente la suma asegurada contratada.

Formas de pago de la indemnización

Dependiendo de la naturaleza de la operación o ramo de seguro que se trate, las instituciones de seguros cuentan con distintas formas de efectuar el pago de una indemnización:

- Mediante la entrega de dinero
- Mediante el reembolso de dinero
- Mediante la reparación de la cosa dañada
- Mediante sustitución del bien siniestrado
- Mediante la prestación de un servicio

f. EL RIESGO.

Como último elemento material del contrato de seguro tenemos el riesgo, el cual como se estudió en el capítulo 1 de este módulo, es la posibilidad que por causas del azar ocurra un



evento, futuro e incierto, que tenga consecuencias de daño que puedan crear una necesidad económica o que afecta el patrimonio.

2. Elementos Personales

Hemos tenido la oportunidad de conocer y definir los elementos materiales que forman parte de un contrato de seguro, ahora analizaremos a detalle a las personas que intervienen o están involucradas en la celebración o en el transcurso de la vigencia del contrato de seguro, los cuales son:

a. Asegurado

El asegurado se define como la persona física o moral que ejerce como titular de una póliza de seguro y por ende, en el recaen todos los derechos y obligaciones del contrato de seguro. También se define en un sentido estricto como la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

En otras palabras, el asegurado es la persona titular del interés asegurado y por consiguiente está expuesta al riesgo, en ese sentido sobre esa persona o sus bienes surtirán los efectos cuando el siniestro ocurra.

En la práctica, la figura del asegurado puede verse acompañada por otra persona que en algunas ocasiones coincide con él y en otras es independiente, a esta persona la llamamos generalmente contratante del seguro, cuya peculiaridad radica en la obligación esencial del pago de la prima.

Una de las principales obligaciones del contratante, además del pago de la prima, es la de proceder de buena fe a declarar y describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, así como determinar la suma asegurada o valor económico real; así como otorgar la información completa que le permita a la institución de seguros decidir sobre la aceptación o denegación, ya que en caso de no hacerlo nos encontraríamos en una inexactitud o falsedad de las declaraciones.

El contratante puede contratar a nombre propio y por cuenta de un tercero, por lo que es de suma importancia la información que proporcione a la institución del seguro del tercero que desea asegurar.

Con base en lo anterior, se desprende que sobre el contratante recaen dos obligaciones sumamente importantes, la primera, es el pago de la prima y la segunda, es declarar oportunamente los riesgos que desea contratar y el límite máximo de responsabilidad o suma asegurada que requiera.

b. Institución de Seguros o Aseguradora

Las instituciones de seguros son sociedades anónimas autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para organizarse y operar los distintos ramos, por ejemplo: vida, accidentes y enfermedades, daños, salud, etc.

También se le define como la persona moral que, mediante la formalización de un Contrato de Seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de las coberturas.



Dicho en otras palabras, las instituciones de seguros son aquellas que, a cambio del pago de la prima, se responsabilizan de entregar al beneficiario una suma de dinero o bien reparar el daño que sufran la persona u objeto asegurados ante la ocurrencia de un siniestro, todo ello siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en la póliza, es decir los derechos y obligaciones.

c. Beneficiario

Es la persona designada en la carátula de la póliza por el contratante o asegurado, como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

Esto es, el beneficiario es la persona que tiene el derecho de recibir las prestaciones de la institución de seguros.

¿Cómo se designa un beneficiario?

Puede ser designado al momento de contratar el seguro, pero si por alguna razón en ese momento no se puede nombrar al beneficiario o si ya lo hiciste y lo quieres cambiar, puede nombrarse tiempo después mediante un escrito que deberás entregar a la empresa con la cual contrataste el seguro, quien elaborará un documento llamado endoso, en donde quedará finalmente establecido quién es tu beneficiario.

¿Quién puede ser beneficiario?

Puede ser cualquier persona. Suponiendo que se contrata un seguro de vida, puedes designar a cualquiera como beneficiario. Si eliges a más de uno, puedes decidir qué porcentaje del total de la suma asegurada irá para cada uno de los beneficiarios designados

Ahora bien, si en el contrato no se designó a algún beneficiario, la indemnización le corresponderá, a falta de testamento, a quien se señale por medio de una sucesión legítima. En caso de existir testamento, la indemnización se realizará a quien o quienes se encuentren en él.

¿Qué hago si yo soy el beneficiario y ocurre un siniestro?

Desde el momento en que sabemos que somos los beneficiarios tenemos que acudir a la empresa aseguradora contratada para constatar que somos el beneficiario y que nos presentamos con el fin de llevar a cabo el reclamo de la indemnización del seguro.

Se cuenta con un plazo máximo de cinco años en los seguros de vida y dos en los demás tipos de seguros, a partir del siniestro para que podamos acudir a la aseguradora y hacer alguna reclamación referente al contrato del seguro, pero si por alguna razón no teníamos conocimiento de que éramos beneficiarios, entonces ese tiempo empieza a correr desde el momento en que nos enteramos, sin embargo, hay que demostrarle a la aseguradora que en verdad no teníamos conocimiento de ello.

¿Cómo sabré que soy beneficiario de un seguro de vida si el contratante o asegurado fallece?

Si crees que fuiste designado beneficiario de alguna póliza de seguro, acude a las oficinas centrales de la CONDUSEF o a las Unidades de Atención a Usuarios más cercana, para



presentar una solicitud de búsqueda de beneficiarios de seguros de vida, mediante su herramienta “SIAB VIDA”. Ten presente que deberás acudir con la copia del acta de defunción del posible asegurado y copia simple de tu identificación.

d. Tercero perjudicado

Existe otra figura en los elementos personales del contrato de seguro denominada el tercero perjudicado o dañado y se define como aquella persona física o jurídica que tiene un derecho indemnizatorio frente al asegurado responsable. A este tercero perjudicado o a sus herederos se les reconoce una acción directa ante la aseguradora.

Al respecto, el artículo 145 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que la empresa se obliga, hasta el límite de la suma asegurada, a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

Cabe señalar, que el seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

En caso de muerte del tercero, el derecho a la indemnización se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando exista algún ordenamiento legal que indique específicamente a quien habrá que indemnizarse.

Ahora bien, si el asegurado ha indemnizado al tercero parcial o totalmente, la institución de seguros tendrá la obligación de reembolsar al asegurado, lo que él haya desembolsado.

3. Elementos formales

Los elementos formales son aquellos mediante los cuales se define de manera clara y específica por un lado que es lo que desea contratar y por otro los derechos y obligaciones que se tienen una vez suscrito por las partes el contrato.

a. Propuesta (cotización del seguro o estudio actuarial)

La **cotización del seguro** es la estimación o costo de la prima de seguros que ofrece la aseguradora al asegurado respecto a los riesgos que desea asegurar y a las coberturas ofrecidas por la institución de seguros; la cotización del seguro es un monto aproximado de lo que el cliente pagará por el servicio financiero contratado, aclarando que este documento NO forma parte integral del contrato de seguro.

En esta cotización, la institución le pide cierta información de manera general a quien pretende contratar el seguro para ofrecerle diferentes escenarios del mismo seguro, por ejemplo, para un seguro de vida la institución del seguro le pide la edad, estado civil, actividades deportivas extremas, padecimientos, dependientes económicos, etc. Con ello, la institución de seguros le enviará un primer escenario con una cobertura por fallecimiento,



un segundo escenario con la cobertura de fallecimiento más la de invalidez total y permanente y por último la cobertura de fallecimiento más invalidez total y permanente y pérdidas orgánicas, cada una con una prima y modalidades de pago distintas.

En general, es el documento en el que se describen las características del riesgo que se desea asegurar, a fin de que la institución de seguros, tras su estudio, decida rechazarlo o aceptarlo y, en este último caso, aplique la prima adecuada.

b. La Solicitud de Seguro

La solicitud de seguro es una declaración de voluntad que una persona física o moral hace a una aseguradora, manifestando su voluntad de querer contratar un seguro, así como todas las circunstancias del riesgo que pretende asegurar. Cabe señalar que esta solicitud no vincula a ninguna de las partes por lo que no están obligadas a contratar en sus términos.

Es preciso señalar que la Circular Única de Seguros y Fianzas en su capítulo 4.1.13 fracción II, hace mención a lo siguiente: ***“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.***

De lo anterior, se desprende claramente que no existe ninguna obligación por parte de la compañía de seguros de asegurar al proponente del seguro con el simple llenado del formulario.

Este documento le permite a la institución de seguros evaluar el riesgo para poder determinar la prima que deberá pagar el asegurado y/o contratante.

También en este documento se deja en claro cuál será el medio y la periodicidad de pago de la prima, así como un cuestionario médico y la advertencia sobre la designación de los beneficiarios de menores de edad, en los casos de vida y gastos médicos mayores; también debe contener el número de registro de contratos de adhesión, así como los datos de localización de la Unidad Especializada.

Generalmente, este documento, por su propio contenido, forma parte de contrato o póliza de seguro. En el régimen mutualista, la proposición implica también, normalmente, la solicitud de ingreso en la mutualidad.

Adicionalmente, el agente de seguros tiene la obligación de indicar los términos y condiciones del seguro, la forma de conservarlo o darlo por terminado, la información de las coberturas que desea contratar, así como todo lo referente a la renovación del seguro y expone las condiciones técnicas, administrativas y económicas en que podría realizarse la cobertura de éste.

c. Declaraciones del Asegurado

Las declaraciones del asegurado generalmente se realizan en la solicitud y prácticamente es donde el contratante y/o asegurado debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y no incurrir en omisiones o falsas declaraciones ya que podría dar cabida a la rescisión del contrato por parte de la aseguradora.



Las declaraciones son una obligación para el contratante y/o asegurado ya que deben de proceder con buena fe al describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, así como la fijación real de su valor económico con la finalidad de que la institución de seguros tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o negación

De conformidad con el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente estará 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 puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículo 47 LSCS)

El contenido de la declaración consiste en informar todas las circunstancias que no sean conocidas por la institución de seguros, por lo que éstas deben ser rigurosamente conformes con la verdad, además de no contener omisiones que pueden influir en la apreciación del riesgo.

d. La formalización del contrato: la póliza

La póliza se define como el documento por el cual se formaliza el contrato de seguro y en el que se establecen las cláusulas que, de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la compañía de seguros y el asegurado y está integrada por una carátula de póliza, condiciones generales, condiciones particulares y endosos y en estos últimos se establecen ciertas modificaciones o aclaraciones al contenido de la póliza contratada.

Dicho en otras palabras, la póliza es la materialización de que existe un contrato entre el asegurado y la compañía de seguros.

Su inexistencia afectaría a la propia vida del seguro, ya que sólo cuando ha sido emitida y aceptada por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que de la misma se derivan, por ello, el artículo 29 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala que para fines de prueba el contrato de seguro se hará constar por escrito

En dicha póliza el riesgo debe quedar debidamente especificado en tiempo, lugar, personas afectadas, cuantía y naturaleza.

e. Coberturas y exclusiones

La cobertura de un seguro es el compromiso asumido por la institución de seguros de pagar una indemnización al asegurado (o a sus beneficiarios), con el objetivo de reparar las consecuencias de un siniestro.

Cabe señalar que la cobertura tiene un límite denominado suma asegurada, el cual queda establecido al momento de la contratación.



La cobertura, como sinónimo de amparo, puede entenderse también como todos los riesgos o posibilidades de siniestros que están protegidos por la póliza. Solo cuando sucede uno de ellos, el asegurado está en la capacidad de solicitar una retribución o indemnización.

Por ejemplo, supongamos que la vivienda de un usuario está asegurada solo contra incendio o terremoto. Entonces, si el bien inmueble se daña por una inundación provocada por lluvias atípicas, la aseguradora no está obligada a realizar ningún desembolso.

Cobertura según tipo de seguro

Cabe señalar que no todas las coberturas son iguales para todos los seguros, sino por el contrario, la naturaleza de la cobertura varía dependiendo de tipo de seguro contratado, por ejemplo:

- **Seguro de vida:** La cobertura habitual es la de fallecimiento. La aseguradora pagará una suma pactada con anterioridad, estimada en función a las características del contratante: Edad, la existencia de hábitos poco saludables, entre otros.
- **Seguro de automóvil:** Las coberturas que se pactan normalmente son: robo total, daños materiales y responsabilidad civil en sus bienes y personas, entre otras. La suma asegurada será determinando el valor comercial del vehículo al momento del siniestro.
- **Seguro de gastos médicos mayores:** La cobertura básica comprende generalmente la hospitalización por enfermedad o emergencia médica, así como el pago de honorarios medico quirúrgicos que se utilicen para el mejoramiento del paciente, la suma asegurada queda pactada desde un inicio y ésta no puede ser ilimitada, así mismo se establecen algunos periodos de espera en caso de padecimiento crónico-degenerativos.

Ahora bien, analizaremos que son las exclusiones.

Cada vez que una institución de seguros te asegura, lo que hace es comprometerse a indemnizar o reparar el daño que ocurra en el futuro. Es algo sencillo de formular pero difícil de delimitar, por eso la gran mayoría de los productos de seguro cuentan con las exclusiones.

Por ejemplo: imaginemos que quieres contratar un seguro que te cubra el riesgo de caerte por unas escaleras. Parece fácil: siempre que vayas por unas escaleras y te caigas, tu contrato de seguro te indemnizará. Pero ¿y si vas bajando las escaleras con patines? La clave está que en términos generales, puede decirse que, dentro del riesgo que cubre un seguro, debe quedar claro qué es lo que **no** se cubre, es decir, cuáles son las exclusiones en seguros. En el citado ejemplo, si la compañía de seguros no quiere asegurarte para el caso de que vayas bajando las escaleras con patines, por considerar que es una práctica demasiado peligrosa, deberá decirte en el contrato que, si vas con patines, no te cubre, es decir deberá delimitar qué es lo que entiende por riesgo de caerse por las escaleras, porque si no te lo dice, podría estarte cubriendo ante la posibilidad de que te caigas por las escaleras, incluso, cuando las bajes patinando.



Por lo tanto, las exclusiones son cláusulas que se incorporan en el contrato con el objetivo fundamental de acotar el riesgo y dejar constancia de determinadas circunstancias que implican la no cobertura del siniestro.

Este tipo de cláusulas en algunas ocasiones son necesarias para acotar el alcance de la cobertura de los seguros y evitar que queden lagunas o puntos indefinidos en los contratos, lo que a la postre dejaría una situación de incertidumbre tanto para la compañía como para el asegurado.

f. Vigencia del contrato

El plazo durante el cual tienen vigencia las garantías de un contrato de seguro comienza con la fecha de efecto inicial de la póliza y finaliza con el vencimiento de ésta, que generalmente es de un año.

Para el tratadista Isaac Halperin, el contrato de seguro reconoce tres momentos de inicio de vigencia de la póliza:

- **Material:** comienza con la celebración del contrato,
- **Formal:** momento en que la compañía de seguros asume el riesgo
- **Técnico:** momento en el que la compañía de seguros recibe el pago de la prima

Generalmente las pólizas de seguro cuentan con hora y día preciso en que comienza la vigencia del contrato que, generalmente, es a medio día. Ahora bien, el contrato termina normalmente por vencimiento del plazo, esta extinción es automática, aunque el riesgo esté pendiente o el riesgo sea inminente.

Cabe señalar que todo lo que ocurra posterior a la conclusión de la vigencia del contrato será nulo para efectos indemnizatorios, a no ser que se haya pactado la renovación de este.

Adicionalmente, el seguro concluye su vigencia anticipadamente al no existir más la cosa asegurada, por ejemplo: En un seguro de automóvil cuando existe pérdida total por daños materiales y la aseguradora hace la indemnización correspondiente, el seguro deja de existir.

g. Perfeccionamiento del Contrato de Seguro

El perfeccionamiento de cualquier contrato se produce en el momento jurídico en que, reunidos los elementos personales, reales y formales, comienzan sus efectos obligando a las partes al cumplimiento de lo pactado.

En cuanto al contrato de seguro se refiere, puede decirse que la póliza se considera perfeccionada (o formalizada) cuando se han convenido por ambas partes sus condiciones generales y particulares, habiéndose llevado a cabo la emisión de la póliza, su firma y el pago de las primas correspondientes.

En este punto reviste especial interés la aceptación de la institución de seguros, mediante la cual esta decide la admisión y cobertura del riesgo que le ha sido solicitada por el presunto asegurado: consecuencia de ello es la emisión y formalización de la póliza.



h. Rescisión y anulación del contrato

El significado de rescisión alude a la terminación anticipada del contrato en virtud del incumplimiento imputable a una de las partes (generalmente el asegurado) respecto de las obligaciones a su cargo; incumplimiento que se genera durante su vigencia.

Para el autor Martínez Alfaro, “la rescisión es un modo de privar de efectos a un acto jurídico válido, mediante la extinción de las obligaciones provenientes de dicho acto jurídico el cual se vuelve ineficaz”, en otras palabras, es un derecho del acreedor perjudicado por el incumplimiento de su deudor y ese derecho consiste en extinguir la obligación que le incumplieron y así desligarse de su deudor, ahora bien, respecto al contrato de seguro, la rescisión se da por determinadas causas como son:

- La agravación a alteración del riesgo
- La falsa declaración
- Omisiones o inexactas declaraciones del asegurado
- Cambio de dueño del objeto asegurado
- Inexacta indicación de la edad en el caso que señala el art. 171 de la LSCS

Al presentarse cualquiera de estas causales, la aseguradora tiene la obligación de comunicar dicha rescisión al asegurado, en forma autentica, dentro del término de 15 días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la situación que dio origen a la misma

Cabe señalar que existe una excepción respecto a la rescisión y es la llamada cláusula de indisputabilidad, que no es otra cosa más que la pérdida del derecho por parte de la aseguradora de rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en los seguros de vida a partir del tercer año de vigencia de la póliza.

Ahora bien, cuando hablamos de anulación del contrato de seguro nos referimos a que éste nunca surtió sus efectos jurídicos, es decir, nunca tuvo un inicio de vigencia. Al respecto la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece cuatro supuestos en donde el contrato será nulo de pleno derecho, los cuales son:

- El contrato será nulo cuando el riesgo hubiese desaparecido
- El contrato será nulo cuando el siniestro se hubiere ya realizado
- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento
- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años



BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- *Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. "La Institución del Seguro en México" Editorial Porrúa, México, 2000.*
- *IMESFAC "Postrado en Venta de Seguro de Vida" Instituto Mexicano Educativo de Seguros A.C. Tomo I.*
- *Maclean B. Joseph "EL SEGURO DE VIDA". Editorial Continental, S. A. de C.V. México*
- *"Gran enciclopedia del Mundo". DURVAN, S.A. de EDICIONES-BILBAO Editorial Marín, S.A. Tomos 10, 15, 17.*
- *Itzigsohn de Fischaun, María E. Seguros, dentro de enciclopedia Jurídica Omeba, t.XXV, Buenos Aires, Ed bibliográfica Argentina. S/f*
- *Barrera Graf, Jorge, "Tratado de derecho Mercantil, vol. I, Ed. Porrúa, S.A., México, 1957.*
- *Enciclopedia ENCARTA, versión 2004.*
- *Vásquez del Mercado Oscar "CONTRATOS MERCANTILES". Editorial Porrúa, S.A. México, 1994.*
- *Halperin, Isacc. "Contrato de Seguro". Ediciones Desalma. Buenos Aires 1966.*
- *Ruíz Rueda Luis, "El Contrato de Seguro".*
- *Crónica de Dos Siglos del Seguro en México, Antonio Minzoni Consorti.*
- *Siglo y medio de Supervisión del Seguro en México, Antonio Minzoni Consorti.*

La información y material del Diplomado en Seguros son propiedad de CONDUSEF y no podrán ser copiados, mostrados, distribuidos, impresos, modificados, publicados, reproducidos, vendidos, transmitidos, usados para crear un trabajo derivado, con fines educativos, públicos o comerciales. En caso de utilizar la información contenida en el diplomado como referencia, es necesario citar y reconocer en todo momento que el contenido es propiedad de CONDUSEF.