

DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIATIJUANA, BAJA CALIFORNIA, A DIECISIETE DE
SEPTIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO.

V I S T O S, para dictar **SENTENCIA DEFINITIVA**, a los presentes autos del Expediente Número **73/2025**, relativo al Juicio **ORAL MERCANTIL**, promovido por [REDACTED] en contra de [REDACTED], y;

R E S U L T A N D O :

I.- Que mediante escrito presentado el día veinte de enero del dos mil veinticinco, compareció [REDACTED] ante este Juzgado demandando en la vía **ORAL MERCANTIL**, a [REDACTED], por las siguientes prestaciones que a continuación se transcriben:

- a) El Cumplimiento forzoso del **CONTRATO DE SEGURO** contratado por el suscrito conforme a la **póliza** [REDACTED] emitida por la parte demandada [REDACTED], **DE** [REDACTED] de fecha 11 ONCE DE MAYO DE L AÑO 2023 DOS MIL VEINTITRES, con vigencia desde el mismo 11 ONCE DE MAYO DEL AÑO 2023 DOS MIL VEINTITRES hasta el 11 ONCE DE MAYO DEL AÑO 2043 DOS MIL CUARENTA Y TRES, **amparando** actualmente la suma asegurada de \$ [REDACTED] POR EL CONCEPTO DE INDEMNIZACION por **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-**
- b) El pago de la suma asegurada de \$ [REDACTED] POR EL CONCEPTO DE COBERTURA AMPARADA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-
- c) Pago de los intereses moratorios, conforme al interés consagrado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
- d) El pago de indemnización por Mora, que será calculada en el incidente de ejecución de sentencia, conforme al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
- e) Que se le condene a cubrir en una sola exhibición el importe líquido de la sentencia, conforme artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
- f) Que en caso de rebeldía por mora en el pago de las indemnizaciones reclamadas, se le imponga la multa que corresponda conforme a la Frac. IX del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
- g) El pago de gastos y costas.
- h) El pago del impuesto al valor agregado, respecto de

los gastos y costas.

- i) Por la ejecución forzosa de la sentencia en la vía de apremio con embargo de bienes para garantizar la condena líquida.

Fundó su demanda en la relación de hechos y preceptos legales que estimó aplicables, ofreció las pruebas en su escrito de demanda y terminó haciendo las peticiones de estilo.-

II.- Habiendo incorporado el activo procesal los documentos con los cuales funda su derecho, por auto de fecha veinticuatro de enero del dos mil veinticinco, fue admitida la instancia en la vía y forma propuesta, y se ordenó emplazar a la parte demandada, para que dentro del término de ley produjera su contestación, lo que se realizó mediante diligencia actuarial de fecha **treinta de enero de dos mil veinticinco** y mediante escrito presentado el catorce de febrero del dos mil veinticinco, compareció ante este Tribunal [REDACTED]

[REDACTED] en su carácter de Apoderado Legal de la moral demandada a producir su contestación, lo que se proveyó por auto del **veintiuno de febrero del dos mil veinticinco**, ordenando dar vista a la contraria con las excepciones opuestas, quien en forma oportuna la desahogó por auto de fecha **seis de marzo de dos mil veinticinco**.

Asimismo, siguiendo con las fases procesales para los Juicios Orales Mercantiles, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1390 BIS 20 y 1390 BIS 32 del Código de Comercio, en fecha **seis de mayo del dos mil veinticinco**, tuvo lugar la **AUDIENCIA PRELIMINAR**, en la que se determinó en esencia lo siguiente:

- a) En la **PRIMERA** etapa de **DEPURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, sin prejuzgar en el fondo del negocio, se tuvo por acreditada tanto la legitimación activa como pasiva de las partes, se determinó que la vía es la correcta, no existen excepciones de previo y especial pronunciamiento; por lo que, queda depurado el procedimiento.
- b) En la **SEGUNDA** etapa de **CONCILIACIÓN Y/O MEDIACIÓN** de las partes, debido a la incomparecencia de representante legal alguno de la parte demandada no es posible llegar a la conciliación entre las partes,

quedando abierta la presente etapa hasta antes de declarar visto el proceso.

- c) Se verificó la **TERCERA** etapa de **FIJACIÓN DE ACUERDOS SOBRE HECHOS NO CONTROVERTIDOS**, se tiene celebrando como acuerdos sobre hechos no controvertidos respecto del identificado con el número 3 de manera parcial.
- d) Se verificó la **CUARTA** etapa de la **FIJACIÓN DE ACUERDOS PROBATORIOS**. No se celebran acuerdos probatorios.
- e) Se verificó la **QUINTA** etapa de **ADMISIÓN Y PREPARACIÓN DE PRUEBAS OFRECIDAS POR LAS PARTES**; ordenando su preparación y forma especial para su desahogo; y,
- f) Se verificó la **SEXTA** etapa, en la que se fijó día y hora para la **CELEBRACIÓN DE LA AUDIENCIA DE JUICIO**, para las diez horas del día **veinte de junio de dos mil veinticinco**.

Asimismo, siguiendo con las fases procesales para los Juicios Orales Mercantiles, a las **diez horas del día veinte de junio del dos mil veinticinco**, tuvo lugar la **AUDIENCIA DE JUICIO**, en la cual, se llevó a cabo el desahogo de las probanzas admitidas a las partes.

Y visto que no existen pruebas que ameriten desahogo especial, con fundamento en el artículo 1390 bis 38 del Código de Comercio, se cierra la etapa de desahogo de pruebas, se procede a pasar a la etapa de alegatos, concediéndole el uso de la voz a las partes quienes manifestaron lo que a su derecho convino, seguidamente se declaró visto el presente negocio.

Hecho lo anterior, se señaló fecha para la **AUDIENCIA DE JUICIO EN SU FASE DE LECTURA DE SENTENCIA** la cual se fijó a las **DOCE HORAS CON TREINTA MINUTOS DEL DÍA DIECISIETE DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO**, misma que se dicta al tenor de los siguientes:

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

I.- Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1077 del Código de Comercio que señala: “...*Las sentencias definitivas también deben ser claras, precisas y congruentes con las demandas y las contestaciones y con las demás pretensiones deducidas oportunamente en el pleito, condenando o absolviendo al demandado, y decidiendo todos los puntos litigiosos que hayan sido objeto del debate. Cuando estos hubieren sido varios, se hará el pronunciamiento correspondiente a cada uno de ellos....*”. Por su parte el numeral 1194 del Código de Comercio, establece: “...*el que afirma está obligado a probar, consecuentemente, el actor debe probar su acción, y el demandado sus excepciones.*”.-

II.- **COMPETENCIA.**- Este tribunal resulta competente para conocer del presente juicio de conformidad con lo establecido por los artículos 1090 y 1104 del Código de Comercio, así como los numerales 77, 91, 126 y 127 en relación al artículo 73 fracción VIII de la Ley Orgánica del Poder Judicial.-

III.- **ESTUDIO DE LA VÍA.**- Al respecto se encuentra que el negocio cuyo estudio nos ocupa, se refiere a una **ACCIÓN DE PAGO DE CONTRATO DE SEGURO**, derivado de una relación entre particular (**asegurado**) y una Empresa de Seguros (**demandada**); seguro que se encuentra reglamentado por la Ley sobre el Contrato del Seguro en sus artículos 2º, 5º, 6º y demás aplicables de la Ley antes citada, en relación al 1º, 276 y 277 y demás relativos de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; al tenor además de los artículos 1377, 1378 del Código de Comercio; en relación a lo dispuesto por el artículo 1390 BIS del Código de Comercio en relación al 1339 del mismo ordenamiento, la **VÍA ORAL MERCANTIL** es procedente; por lo que, en consecuencia la vía intentada en éste juicio es la correcta.-

IV.- **ESTUDIO DE LA ACCIÓN.**- Respecto de la acción de cumplimiento y pago del seguro, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley General del Seguro y del criterio establecido en la Tesis de Jurisprudencia, que se

transcribe enseguida, los elementos de la acción que debe probar el demandante son:

- 1) LA EXISTENCIA DEL CONTRATO,
- 2) LA ACTUALIZACIÓN DE LA EVENTUALIDAD EN ÉL PREVISTA Y;
- 3) EL AVISO OPORTUNO.

De acuerdo con la siguiente tesis de **Jurisprudencia**, con registro digital 2023798, de rubro siguiente:



V.- La parte actora asevera en su escrito inicial de demanda que: “

1. El particular se trata de una cuestión eminentemente mercantil, pues la actora promueve su acción en la vía oral mercantil para reclamar el pago forzoso del importe de diversas prestaciones liquidas derivadas de la celebración de un CONTRATO DE SEGURO extremo que refiere un litigio que debe dilucidarse al tenor de las normas comerciales, en términos de los artículos 3, 4 y 75 fracción XVI del Código de Comercio, además los artículos 2, 3, 4, 5, 6 y demás relativos de la Ley Sobre El Contrato de Seguro.

2. La parte demandada [REDACTED], DE [REDACTED] a través de su AGENTA 4870 CON CLAVE CEPL531212 de nombre LUIS [REDACTED], quien es AGENTE DE VENTA DE CONTRATOS DE SEGURO me vendió en representación y como agente de la parte demandada [REDACTED], S.S DE [REDACTED], al suscrito Parte Actora la POLIZA DE SEGURO materia de autos.- Por ello la citada empresa demandada contrato con el suscrito actor mediante CONTRATO DE SEGURO con la póliza [REDACTED], denominado POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, PRODUCTO SEGURO TEMPORAL, LINEA DE NEGOCIO PLAZO FIJO (sic), tal como lo dice textual dicha POLIZA, emitida por [REDACTED] en la fecha antes ya señalada y con la vigencia también ya mencionada, amparando actualmente la suma asegurada de \$ [REDACTED] POR EL CONCEPTO DE COBERTURA AMPARADA; PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. Este CONTRATO Y POLIZA [REDACTED] corren agregados en copia certificada a Fojas 09 a 13 dentro del LEGAJO DE DOCUMENTOS DE LA QUEJA 2023/020/9723 QUE EN COPIA CERTIFICADA me fue extendido por la CONDUSEF, que se acompaña como PRUEBA DOCUMENTAL para los efectos legales correspondientes.- La celebración y validez del acto jurídico antes referido ya fue reconocido y confesado por la parte demandada ante la institución con las siglas CONDUSEF con motivo de la queja 2023/020/9723 interpuesta por el suscrito a la que se referirán los hechos de esta demanda.- Junto con esta prueba

relativa al CONTRATO DE SEGURO con la póliza [REDACTED], se incluyó en el mismo anexo emitido por la CONDUSEF la SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL (sic) de fecha once de mayo del año dos mil veinticuatro de la cual derivo la antes señalada.- Esta SOLICITUD DE SEGURO corre agregada en copia certificada a Foja 42 a 55 dentro del LEGAJO DE DOCUMENTOS DE LA QUEJA 2023/020/9723 QUE EN COPIA CERTIFICADA me fue extendido por la CONDUSEF, que se acompaña como PRUEBA DOCUMENTAL para los efectos legales correspondientes.-

3. La .- La póliza contratada No. [REDACTED] emitida por la empresa demandada materia de esta demanda, se contrató por las coberturas siguientes:

INSERTA TABLA

4. Fue el caso que el suscrito actor fui evaluado conforme el Dictamen Médico elaborado por el PERITO ESPECIALIZADO EN MEDICINA DEL TRABAJO, MEDICO CIRUJANO [REDACTED], con cedula profesional No. 852865, y con registro ante la Secretaria de Salud No. 106724 y PERITO ESPECIALIZADO EN MEDICINA DEL TRABAJO con registro numero 223 por la SECRETARA DE TRABAJO Y PREVENCIÓN SOCIAL ante la JUNTA FEDERAL DE CONCILIACION Y ARBITRAJE a NIVEL NACIONAL y luego ratificado ante el NOTARIO PUBLICO 60 de Cananea, Sonora, y es el caso que el suscrito [REDACTED], fue dictaminado con INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.- Este DICTAMEN MEDICO corre agregado en copia certificada a Fojas 14 a 16 dentro del LEGAJO DE DOCUMENTOS DE LA QUEJA 2023/020/9723 QUE EN COPIA CERTIFICADA me fue extendido por la CONDUSEF, que se acompaña como PRUEBA DOCUMENTAL para los efectos legales correspondientes.-

CAPITULO DE CONCLUSIONES MEDICAS SOBRE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

En este DICTAMEN MEDICO que acompaño a esta demanda, en vía de prueba documental, se me dictaminó en base al Art. 514 de la Ley Federal del Trabajo que estaba vigente en junio de 2023-que fuera la fecha en que se efectuó el diagnostico-, con las siguientes:

De acuerdo con los diagnósticos encontrados en el paciente [REDACTED], Se Concluye que presenta estado de invalidez total y permanente de acuerdo con la suma de cada una de las invalideces totales y permanentes encontradas y que a continuación específico:

PRIMERA. Por virtud de que el actor presenta depresión localizada a discos intervertebrales de columna vertebral cervical, con dolor y entorpecimiento de los movimientos, existe incapacidad permanente parcial del 30% de incapacidad permanente parcial fundamentado en lo referido en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, fracción 401.

SEGUNDA. Por virtud de que [REDACTED] presenta depresión localizada a discos intervertebrales de columna vertebral lumbar, con dolor y entorpecimiento de los movimientos, existe incapacidad permanente parcial de 30% de parcial, incapacidad permanente fundamentado en lo referido en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, fracción 401.

TERCERA. Por virtud de lo encontrado en la función visual de [REDACTED] y que muestra una incapacidad visual de 0.3 en el ojo derecho y de 0.4 en el ojo izquierdo, y fundamentado en lo referido en el artículo 514 fracción 30 de la Ley Federal del Trabajo que recomienda la exploración por medio de la tabla de Sellen, haciendo un total de incapacidad en ojos del 40%

Total de incapacidad o invalidez.....100%

MATERIA LEGAL DE LA RECLAMACION

Son materia de mi reclamación: la depresión localizada a discos intervertebrales de columna vertebral cervical, depresión localizada a discos intervertebrales de columna vertebral lumbar, con dolor y entorpecimiento de los movimientos y la incapacidad visual de 0.3 en el ojo derecho y de 0.4 en el ojo izquierdo.

Es de señalarse que con la PRUEBA PERICIAL ESPECIALIZADA EN MATERIA DEL TRABAJO que se ofrece mas adelante se desahogara esta al tenor de la TABLA PARA LA VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES RESULTANTES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO que contemplaba el otrora Art. 514 de la LEY FEDERAL DEL TRABAJO que estuvo vigente en Junio del año 2023 y también se desahogara en base a la actual TABLA PARA LA VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES RESULTANTES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO ahora vigente en este año 2025 que contempla el Art. 513 de la Vigente LEY FEDERAL DEL TRABAJO para abarcar la fundamentación de su dictamen, toda vez que el ESTUDIO MEDICO que le efectuó al suscrito actor fue en JUNIO 2023 con la LEY FEDERAL DEL TRABAJO anterior la cual se reformó a partir de DICIEMBRE DEL 2023 y ahora está vigente el Art. 513 de la Ley ídem con nuevos porcentajes en la señalada TABLA PARA LA VALUACION antes referida, lo que así se hará para reforzar la reclamación y determinar sin duda alguna la valuación de incapacidad o invalidez del suscrito.

Resulta aplicable la siguiente:

INSERTA TESIS

5. Es oportuno señalar que el suscrito, el día 9 de Junio del 2023 debido a una molestia en la espalda, que nunca se me había presentado, acudió a realizarse exámenes médicos y estudios, y posteriormente a ello, acudió el suscrito con el perito especialista en medicina del trabajo, el MEDICO CIRUJANO [REDACTED], quien me dictamino la presencia de invalidez total y permanente del 100%, como se acredita con el dictamen médico, de fecha 11 de junio del 2023, realizado por este perito especializado en materia de medicina del trabajo.

6. El suscrito no ha recibido tratamiento por las lesiones de la espalda, cuello y columna vertebral, así mismo bajo protesta de decir verdad el suscrito antes de contratar la póliza materia de esta demanda y al momento de contratarla no tenía ni sentía padecimiento alguno de los malestares antes referidos, ni ninguno otro padecimiento, además, desconocía que estuviera enfermo o afectado de mi espalda y no había sido explorado, mucho menos atendido medicamente por esos malestares.

El suscrito antes de contratar la póliza de seguro, objeto de esta demanda, nunca fue diagnosticado con invalidez y el suscrito desconocía su estado de salud, en columna vertebral y cuello y nunca recibió tratamiento médico alguno, como lo acredito y demuestro con las **CONSTANCIAS DE NO AFILIACION** a las instituciones de salud identificadas por sus siglas como ISSSTECALI, IMSS E ISSSTE, mismas documentales que por estar emitidas por AUTORIDAD EN MATERIA DE SALUD SON PRUEBA PLENA Y HACEN FE DE SU CONTENIDO POR SI MISMAS, además de que cuentan con CODIGO QR y CODIGO DE BARRAS que las hacen eficaces probatoriamente hablando, las cuales acompaño en via de prueba documental.

Cabe de aclarar que el suscrito hasta antes de la fecha del dictamen médico, de fecha 11 de junio del 2023, nunca tuvo certeza de su estado de salud, sino hasta el día que fue dictaminado por el perito de medicina del trabajo, cito con fecha 11 de junio del 2023.

7. Conforme a la LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, INSERTA ART 8

El suscrito a la fecha de contratar la póliza de seguro, ESTABA IMPOSIBILITADO DE DECLARAR ENFERMEDAD O LESION ALGUNA, TODA VEZ QUE DESCONOCIA SU ESTADO DE SALUD, en especial sus lesiones en espalda, columna y cuello.

8. La invalidez del actor, acreditada en el dictamen Médico que concluye que presenta invalidez total y permanente de acuerdo con la suma de cada una de las incapacidades permanentes parciales encontradas y cuyo continuación específico: resultado es de más de 100%, invalidez apegada al artículo 119 de la ley del seguro social.

INSERTA ART 119 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL
INSERTA ART 118 DE LA LEY DEL ISSTE (2007)
INSERTA ARTICULO 128 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL
(1973)

9. La invalidez del actor, acreditada en el dictamen Médico que concluye que **presenta invalidez total y permanente** de acuerdo con la suma de cada una de las incapacidades permanentes parciales encontradas y cuyo continuación específico: **resultado es de más de 100%**, invalidez apegada al artículo 119 de la ley del seguro social.

INVALIDEZ POR AFECTACION EN COLUMNA VERTEBRAL Y CERVICALES

10. Es oportuno señalar a su Señoría que la invalidez ocasionada en discos vértebra cervical y discos intervertebrales de columna vertebral lumbar, suman 60% de invalidez, porcentaje mayor al señalado por el artículo 119 de la Ley del Seguro Social, para acreditar la existencia de invalidez, insistiendo a su Señoría que el suscrito NUNCA HABIA SIDO DIAGNOSTICADO DE ESTAS LESIONES, ANTES DE CONTRATAR LA POLIZA MATERIA DE ESTA DEMANDA, HASTA POSTERIORMENTE COMO SE ACREDITA CON EL DICTAMEN MEDICO DE FECHA 11 DE JUNIO DEL 2023, OFRECIDO POR NUESTRA PARTE.

Además sumando el porcentaje encontrado en la función visual del actor, suma un 40% otorgando una invalidez del 100%.

Esto se concluye en el dictamen médico que se exhibe, en sus CONCLUSIONES, que ya fueron insertadas en párrafos anteriores, las que aquí pido se tengan por reproducidos para repetirlas.

Demuestro la afectación e invalidez total, permanente e incurable en columna vertebral y cervicales, con el original de ESTUDIOS MEDICOS REALIZADOS EN EL ESTUDIO ESPECIALIZADO QUE SE LLAMA "BURBOA RADIOLOGOS", ESTUDIOS REALIZADOS AL C. [REDACTED], DE FECHA 19 DE MAYO DEL 2023, FIRMADOS POR EL DR. [REDACTED], MEDICO RADIOLOGO CMRI 5525, CEDULA PROFESIONAL ESPECIALISTA 12175497, MISMOS QUE CUENTAN CON AUTENTIFICACIÓN CON "CODIGO QR", PARA EL EFECTO DE SU AUTENTIFICACIÓN.-

Para sustentar la afectación e invalidez total, permanente e incurable en columna vertebral del suscrito tenemos que me he realizado exámenes y se me ha diagnosticado tal invalidez, explicada como a continuación se inserta:

INSERTA IMAGEN DE ESTUDIO DE RESONANCIA

Para sustentar la afectación e invalidez visual del suscrito, tenemos que me he realizado exámenes y se me ha diagnosticado tal invalidez, lo que acredito con la prueba documental consistente en original de ESTUDIOS MEDICOS REALIZADOS EN CENTRO DE ESPECIALIDADES OFTALMOLOGICAS, mismos estudios realizados al suscrito [REDACTED], EN FECHA 30 DE MAYO DEL 2023, firmados por la DRA. [REDACTED], CIRUJANO OFTALMOLOGA, ESPECIALIZADA EN RETINA Y VITREO, CEDULA PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD 11834814. MISMOS QUE CUENTAN CON AUTENTIFICACIÓN CON CODIGO QR, PARA EL EFECTO DE SU AUTENTIFICACION, que se explica como a continuación se inserta:

INSERTA DICTAMEN VALORACION OFTALMOLOGICA

11. Así las cosas, y en virtud de que el suscrito, fue diagnosticado con una INVALIDEZ al 100% como lo acredito con el DICTAMEN MEDICO, antes citado y que acompaño a esta demanda, fue que en fecha 21 veintiuno de septiembre del año 2023, el suscrito Actor [REDACTED] presentó Queja ante LA COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS o en lo adelante mencionada por sus siglas "CONDUSEF" en esta ciudad, RADICABA BAJO NUMERO FOLIO 2023/020/9723, MISMA QUEJA DONDE LA AHORA EMPRESA ASEGURADORA DEMANDADA, CONFESÓ QUE SI ES CIERTO QUE EL SUSCRITO ADQUIRÍ LA POLIZA DE SEGURO

MATERIA DE ESTOS AUTOS.-

Todo lo demás argumentado por la parte demandada ante CONDUSEF es improcedente e infundado, toda vez que nunca me entregó las CONDICIONES GENERALES ni existe constancia de que se me hayan entregado ni siquiera consta ello en la documentación exhibida ante CONDUSEF por la propia parte demandada, no se puede apreciar ni concluir que se me haya hecho entrega de tales CONDICIONES GENERALES, por lo que se aplica a favor del suscrito actor el tenor y alcances legales de las tesis siguientes:

INSERTA TESIS.

CAPITULO DE MATERIALIZACION DEL RIESGO AMPARADO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PERDIDA DE CAPACIDADES PERSONALES MOTRICES Y VISUALES.

Para aplicarse en esta demanda tenemos que la LEY GENERAL PARA LA INCLUSION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD define a la DISCAPACIDAD como la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, y la misma LEY define a la DISCAPACIDAD FISICA como la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Además para los efectos de esta demanda solicito que Su señoría en forma oficiosa aplique el PROTOCOLO PARA JUZGAR CON PERSPECTIVA DE DISCAPACIDAD.

La propia naturaleza de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE que se me ha diagnosticado actualizan la MATERIALIZACION DEL RIESGO AMPARADO y la hipótesis de incurables por permanentes y han sido sufridas por el suscrito por más de seis meses y no existe cura, no existe tratamiento ni intervención quirúrgica para eliminar al 100% tales invalideces o padecimientos.

Para demostrar la MATERIALIZACION DEL RIESGO AMPARADO tenemos que lo dice el DICTAMEN MEDICO que se acompaña y la PERICIAL que se desahogara lo confirmara, que el suscrito padece LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE que se traduce en la materialización del riesgo amparado de lo siguiente:

1.- DIFICULTAD PARA LA LECTURA QUE SE HA INTESIFICADO GRADUALMENTE, no puedo leer adecuadamente mi visión esta mermada, no puedo ejercer mi profesión de abogado.

2.- NO CORRIGE AGUDEZA VISUAL EN FORMA COMPLETA, los anteojos no son la solución, no enfoco mi vista en forma adecuada en la lectura, no puedo ejercer mi profesión de abogado.

3.- PRESENTA DIFICULTAD PARA DESARROLLAR SU PROFESION DE ABOGADO EN DONDE LA LECTURA ES ESENCIAL, sin lectura de documentos no puedo ejercer mi profesión.

4.- TENSION EMOCIONAL CON SINTOMAS DE ESTRÉS INTENSO, esa tensión me evita concentrarme en mi trabajo. No puedo ejercer mi profesión.

5.- DETERIORO DE FUNCIONES COGNITIVAS, DE MEMORIA, FALLAS EN COMPRESION Y DETRIMIENTO DE ANALISIS DE INFOIRMACION, no puedo ejercer mi profesión de abogado.

6.- ANSIEDAD E INSOMNIO no puedo ejercer mi profesión.

7.- NEUROSIS DE ANSIEDAD no puedo ejercer mi profesión.

8.- DOLOR EN LA CERVICAL Y LUMBAR QUE SE INTESIFICA CON LOS MOVIMIENTOS DE CABEZA Y AL ESTAR CON EL CUELLO FLEXIONADO EN LA LECTURA, no puedo leer estando sentado ni parado por periodos mas o menos medios ni largos de tiempo porque me invade el dolor cervical y lumbar, no puedo ejercer mi profesión.

En las CONDICIONES GENERALES del CONTRATO DE SEGURO DE AUTOS encontramos a Fojas 84 del LEGAJO

COTEJADO que se acompaña expedido por la CONDUSEF, la definición de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE que por esta se entenderá la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses.

En el caso particular el suscrito actor padezco lesión corporal por causa de enfermedad que se presentó durante la vigencia del beneficio contratado y un periodo de seis meses continuos me ha impedido el desempeño de todas mis actividades propias de mi trabajo habitual, que me han causado que la remuneración económica por mi trabajo se haya afectado en su totalidad respecto de mi trabajo habitual de abogado, mismas disminuciones de mi actividades explicadas en páginas anteriores y que se demostraran además con la pericial médica.

A continuación se inserta en su totalidad el DICTAMEN MEDICO al que me refiero para que forme parte de hechos de la demanda y resalto con color amarillo la invalidez que me causan los padecimientos detectados:

INSERTA DICTAMEN MEDICO.

Este dictamen médico fue elaborado en junio de 2023 al tenor de la Ley Federal del Trabajo vigente en aquella época, sin embargo, además de que será reiterado por el MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO que lo expidió, se ofrecerá la prueba pericial que incluso abarcara la determinación de mi INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE con las reformas a la LEY FEDERAL DEL TRABAJO vigentes para determinar los porcentajes actualizados de mi INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

CAPITULO DE REGISTRO ANTE GOBIERNO FEDERAL PERSONA CON DISCAPACIDAD.

El suscrito estoy registrado ante GOBIERNO FEDERAL EN LA SECRETARIA DEL BIENESTAR con el folio 1435008 desde el 19 de diciembre del 2023 con motivo de la discapacidad que me irroga la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE que padezco, para ello estoy anexando esa DOCUMENTAL PUBLICA en copia certificada por Notario Público, con la que demuestro que incluso el GOBIERNO FEDERAL me reconoce mi estado de INVALIDEZ y por ello estoy registrado como tal ante esa dependencia.

12.- Toda vez que por parte de la empresa demandada existe injustificada negativa al cumplimiento del CONTRATO DE SEGURO y negativa injustificada del pago de la póliza de seguro objeto de esta demanda, es que me veo en la necesidad de acudir a esta instancia reclamando judicialmente el pago forzoso de dicha póliza y su cobertura con el consecuente cumplimiento del contrato referido.

13.- Es oportuno señalar a su Señoría que la invalidez ocasionada en discos vertebral cervical y discos vertebrales de columna vertebral lumbar, suman 60% de invalidez, que son incurables, permanentes y han permanecido por más de seis meses afectando mi físico, y mi actividad personal y trabajo habitual, y que no existe tratamiento ni cirugía que me revierta al 100% mi salud eliminando tales invalideces y afectaciones.

Sumando el porcentaje encontrado en la función visual del actor, suma 40%

Lo cual otorga una invalidez del 100% porcentaje mayor al señalado por el artículo 119 de la Ley del Seguro Social, para acreditar la existencia de invalidez

Sin embargo, se desahogara la PRUEBA PERICIAL EN MATERIA DE ESPECIALIZADA DE MEDICINA DEL TRABAJO al tenor de las reformas a la LEY FEDERAL DEL TRABAJO a la fecha vigentes que entraron o entren en vigor durante el presente juicio por lo que tales PORCENTAJES pueden variar, pero a final de cuentas confirmaran el estado de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE del

suscrito.

Insistiendo a su Señoría que el suscrito NUNCA HABIA SIDO DIAGNOSTICADO DE ESTAS LESIONES, ANTES DE CONTRATAR LA POLIZA MATERIA DE ESTA DEMANDA, HASTA POSTERIORMENTE COMO SE ACREDITA CON EL DICTAMEN MEDICO DE FECHA 11 DE JUNIO DEL 2023, OFRECIDO POR NUESTRA PARTE.

CAPITULO DE VIGENCIA DE LA ACCION, la póliza materia de la presente Demanda, tiene como vigencia desde el día ONCE DE MAYO DEL AÑO 2023 hasta el ONCE DE MAYO DE 2043, y el suscrito [REDACTED], fue dictaminado con INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, en fecha 11 de junio del 2023, es notorio que es procedente el pago del seguro por cobertura de INVALIDEZ, que contrate con la demandada, al encontramos dentro de la vigencia de la póliza y en la hipótesis de la cobertura, por lo que es legal y son procedentes las pretensiones demandadas.

Esto es que conforme con la legislación aplicable se goza de dos (2) dos años para ejercitar la presente acción, LA VIGENCIA DE LA ACCION PRESCRIBE EN DOS AÑOS, siendo un hecho NOTORIO, que estamos dentro de la vigencia para reclamar la presente acción.

12.CAPITULO DE AFECTACION O DECREMENTO ECONOMICO Y PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES DEL ACTOR.

El elemento, AFECTACION O DECREMENTO ECONOMICO Y PERSONAL EN SUS ACTIVIDADES DE LA PARTE ACTORA, [REDACTED]

Estos elementos se encuentran acreditados plenamente, TODA VEZ QUE LA AFECTACION ECONOMICA O DECREMENTO EN LA ECONOMÍA DELA ACTORA, ES LA CONSECUENCIA LÓGICA Y DIRECTA DE LA INVALIDEZ, EXISTEN CRITERIOS, EJECUTORIAS Y LA LOGICA JURIDICA, QUE DETERMINAN QUE UNA PERSONA CON INVALIDEZ SUFRE COMO CONSECUENCIA DE LA INVALIDEZ, UN MENOSCABO O DISMINUICION EN LOS INGRESOS, POR LA SIMPLE LOGICA, QUE UNA PERSONA CON INVALIDEZ REQUIERE CUBRIR SUS NECESIDADES ORDINARIAS COMO LO SON LOS ALIMENTOS, VIVIENDA, ROPA, CALZADO, CONVIVENCIA, MOVILIDAD, COMO TAMBIEN REUQUIERE CUBRIR SUS NECESIDADES EXTRAORDINARIAS QUE SE LE VAN A GENERAR POR SU PADECIMIENTO COMO SON LOS GASTOS EXTRAORDINARIOS POR MEDICAMENTOS, INSTRUMENTOS MÉDICOS, TERAPIAS, APOYO FISICO Y PSICOLIGICO Y SERVICIO MEDICO, Y EN SI TODAS LAS NUEVAS Y EXTRAORDINARIAS E INESPERADAS SITUACIONES DE VIDA QUE SE LE VAN A PRESENTAR POR SU PADECIMIENTO QU LE CAUSA SU GRADO DE INCAPACIDAD, ETC. QUE LE CAUSAN UN MAYOR GASTO, QUE A UNA PERSONA SANA.

Por tanto, la incapacidad que afecta al suscrito no solo me ha mermado mi ingreso al 100% sino que me ha hecho gastar mas de lo normal que una persona sin afectaciones de incapacidad, lo cual redundo en la afectación y reducción de mi ingreso y bienestar económico hasta en un 100%.

Existen innumerables estudios que obviamente concluyen, en que ES MAYOR EL GASTO Y MENOSCABO ECONOMICO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, es entre ellos, el gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad. Un análisis en población pobre de México, mismo que su Señoría puede analizar en diversas fuentes como internet, universidades, para su mejor estudio, y que por economía procesal, no transcribo, y lo señalo como fuente de estudio en caso de verlo Usted, necesario.

17.- En el caso concreto es aplicable la siguiente tesis de jurisprudencia y de su contenido, se concreta a señalar los tres elementos esenciales de la acción que nos ocupa, de cobro forzoso de póliza de seguro, MISMOS ELEMENTOS QUE SE ENCUENTRA ACREDITADOS EN LA PRESENTE ACCION, Siendo aplicable a

favor de la parte Actora la sig. Tesis:

INSERTA TESIS

En la especie en la presente acción se encuentran acreditados sus extremos, de la siguiente manera:

1.- LA EXISTENCIA DEL CONTRATO, en la especie se encuentra acreditado la existencia del contrato de seguro, con la póliza emitida por [REDACTED] de fecha ONCE DE MAYO DEL AÑO 2023, con vigencia desde el ONCE DE MAYO DEL AÑO 2023 hasta el ONCE DE MAYO DEL AÑO 2043, amparando actualmente la suma asegurada de \$ [REDACTED] POR EL CONCEPTO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-

2.- LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO, en la especie se encuentra demostrado el ESTADO DE DEPENDENCIA PERMANENTE, conforme al dictamen médico elaborado por el MEDICO CIRUJANO [REDACTED], con cedula profesional No. 852865, y con registro ante la Secretaria de Salud No. 106724 y perito médico en medicina del trabajo con registro numero 223 ante la JUNTA FEDERAL DE CONCILIACION Y ARBITRAJE, el suscrito [REDACTED], fue dictaminado con DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE del 100%, mismo dictamen que acompaño a esta demanda, en vía de prueba documental. La MATERIALIZACION DEL RIESGO ha quedado descrita en los hechos anteriores mediante los cuales se puntualizaron el menoscabo y la limitación o perdida de funciones motrices y visuales del suscrito. Para estos efectos tenemos que la materialización del riesgo amparado se actualiza por la suma de invalidez siguiente:

1.- DIFICULTAD PARA LA LECTURA QUE SE HA INTESIFICADO GRADUALMENTE.

2.- NO CORRIGE AGUDEZA VISUAL EN FORMA COMPLETA

3.- PRESENTA DIFICULTAD PARA DESARROLLAR SU PROFESION DE ABOGADO DONDE LA LECTURA ES ESENCIAL

4.- TENSION EMOCIONAL CON SINTOMAS DE ESTRÉS INTENSO.

5.- DETERIORO DE FUNCIONES COGNITIVAS, DE MEMORIA, FALLAS EN COMPRESION Y DETRIMIENTO DE ANALISIS DE INFORMACION.

6.- ANSIEDAD E INSOMNIO

7.- NEUROSIS DE ANSIEDAD.

8.- DOLOR EN LA CERVICAL Y LUMBAR QUE SE INTESIFICA CON LOS MOVIMIENTOS DE CABEZA Y AL ESTAR CON EL CUELLO FLEXIONADO EN LA LECTURA.

Todo lo cual le ha disminuido al suscrito actor en funciones normales de la vida diaria tanto en mis actividades personales como de mi trabajo, por lo que ya no puedo trabajar ejerciendo mi profesión de abogado.-

Es importante para Vuestra Señoría distinguir que la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE se actualiza cuando el ASEGURADO a causa de una accidente o de una ENFERMEDAD que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y que por un periodo no menor a seis meses le impida al ASEGURADO el desempeño de sus actividades propias de su trabajo habitual, por lo tanto NO ES INVALIDEZ UNICAMENTE LA PERDIDA POR AMPUTACION DE LAS MANOS O PIERNAS, sino que esto último también se considera como otra hipótesis de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE además del IMPEDIMENTO del ASEGURADO en el desempeño de sus actividades. Así lo dicen las CONDICIONES GENERALES.

Nota: la amputación de manos y piernas es otra hipótesis distinta que también se considera invalidez total y permanente, pero se afirma que las afectaciones que por enfermedad causan invalidez al suscrito si están contempladas en el contrato de seguro de autos, sin embargo, hay que leer con cuidado ya que puede pretender hacer creer la parte demandada que únicamente la amputación de extremidades es invalidez total y permanente.

3.- EL AVISO OPORTUNO DEL SINIESTRO A LA EMPRESA ASEGURADORA y NEGATIVA DE PAGO DE POLIZA DE SEGURO,

en efecto el suscrito acudí personalmente temprano como a las nueve horas con treinta minutos del día 16 de agosto del 2023 con el representante de la parte demandada, quien lo es el agente de seguros identificado como AGENTE 4870 CON CLAVE CEPL531212 de nombre LUIS [REDACTED], a la oficina de este último en calle Campeche 188-A en Hermosillo, a efecto de dar aviso y entregar los formatos de (1) DECLARACION DE INVALIDEZ que es el AVISO DEL SINIESTRO que redacté y firmé con fecha Once de junio del año 2023 y el (2) INFORME MEDICO PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ firmado con fecha Ocho de Agosto del año 2023 por el médico especialista en medicina del trabajo perito en esa materia según ya se dijo antes de nombre DR. [REDACTED], -mismos dos documentos que se exhiben en anexo-, a fin de hacer puntual aviso del siniestro y de lograr la reclamación y de lograr la cobertura de mi póliza, sin embargo, en respuesta recibí de ese Agente una rotunda negativa de pago y rechazo de ese trámite, lo cual me pareció incoherente de su parte toda vez que ese mismo AGENTE fue quien me proporciono esos FORMATOS.-

Incluso el formato de INFORME MEDICO PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ que se anexa, viene firmado por el MEDICO DR. [REDACTED], quien es MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO y su vez PERITO EN ESA MATERIA, con lo cual se cubrieron los requisitos que para ese efecto se me solicitaron.- En vista de la negativa antes mencionada regresé al mismo domicilio antes citado a medio día alrededor de las 12 doce horas en esa misma fecha acompañado de testigos para que presenciaran la negativa que me estaba dando el AGENTE DE SEGUROS de nombre LUIS [REDACTED], a quien de nuevo le pedí que me recibiera el AVISO DE SINIESTRO DECLARACION DE INVALIDEZ y el INFORME MEDICO PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ antes referidos, y ante la presencia de esos TESTIGOS me volvió a rechazar y negar esa recepción de documentos y me reitero la negativa de pago de la indemnización.- En un principio pensé que la POLIZA había sido un FRAUDE porque ese mismo AGENTE me la había vendido y no me la quería hacer valida, pero ante la CONDUSEF la propia hoy demandada ya confesó que si me vendió tal POLIZA.-

Posteriormente presente QUEJA de fecha 21 de Septiembre del 2023, mediante la cual el ahora actor [REDACTED] presentó Queja ante LA COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS, en lo adelante mencionada como CONDUSEF, RADICADA BAJO NUMERO FOLIO 2023/020/9723

LA AHORA DEMANDADA NEGÓ EL PAGO DE LA POLIZA, AHORA MATERIA DE ESTA DEMANDA, y al contestar la QUEJA tenemos que la parte demandada insistió sin fundamento que resultan IMPROCEDENTES las pretensiones por los infundados argumentos de la demandada.-

En el presente juicio se encuentran acreditados los extremos de la acción de pago de póliza de seguro y demás prestaciones.

CAPITULO DE CONDICIONES GENERALES

18.- al suscrito NO le fueron entregadas legalmente las CONDICIONES GENERALES del CONTRATO DE SEGURO materia de este juicio, al momento de la contratación de este contrato de seguro, no hay prueba de ello, por tanto no se puede obligar al suscrito a conocerlas ni mucho menos a cumplirlas.- ver jurisprudencia antes insertada en párrafos anteriores y siguientes.-

En efecto, se conformidad con lo dispuesto por los artículos 7, 24 y relativos de la LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, las CONDICIONES GENERALES del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora o bien remitirse al proponente para que este las incluya en la oferta de contrato que ha de firmar y entregar a la empresa, lo que en el caso no aconteció pues bien es cierto que en el formulario respectivo no consta mi firma, razón por la cual en su caso eso constituye prueba

de que no me las hayan entregado ni que tuviera pleno conocimiento de su contenido; por otra parte, la simple remisión que se hace en la póliza a un portal electrónico para su consulta resulta insuficiente para tener por demostrada dicha obligación legal, porque se le impone al asegurado una conducta que no es exigible conforme a la Ley, y no aparece renunciada expresamente. Así, aun cuando la POLIZA fue exhibida por la parte actora en juicio, lo cierto es que ello no constituye prueba plena de que aceptó su contenido cuando solo se le remitió a la consulta del portal donde estaban disponibles; máxime que la compañía aseguradora no demostró que el contenido de las condiciones generales que exhibió correspondían a las que se encontraban disponibles en su portal electrónico a la fecha en que se expidió la POLIZA DE SEGURO.

Son aplicables las siguientes tesis, en favor del suscrito:

INSERTA TESIS.

POLIZA DE SEGURO

19.- La PÓLIZA DE SEGURO objeto de esta demanda, hace prueba plena, de conformidad con lo dispuesto por los dispositivos 1205,1237, 1292 y 1293 del Código de Comercio. Aunado a lo anterior, tal documental publica tiene plena eficacia jurídica en virtud de encontrarse ajustada a lo dispuesto por los numerales 2546, 3547, 2551, 2553, 2554 y 2555 del Código Civil Federal, aplicado supletoriamente a la legislación mercantil en cita.

Tomando en cuenta que la PÓLIZA DE SEGURO materia del presente juicio es de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados en relación al objeto, cosa, precio y demás términos, es decir, que para que nazca un contrato, es menester que se dé un acuerdo de voluntades entre los interesados, además, la omisión en la información solo puede ser imputable a la empresa aseguradora que elaboró el contrato y, por lo tanto, en los conflictos derivados de una ambigüedad en cuanto a la interpretación de las cláusulas que integran la póliza, deberán resolverse de acuerdo a lo que más beneficie al asegurado, como lo prevé el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Siendo aplicables en mí beneficio las siguientes tesis:

INSERTA TESIS

20. En la presente demanda tenemos:

a) El suscrito, fue acreditado y diagnosticado con una invalidez total y permanente al 100% como lo acredito con el DICTAMEN MEDICO, antes citado y que en copia certificada acompaño a esta demanda, y que se fortalecerá con la PERICIAL MEDICA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO que se propone mas adelante.

b) El suscrito hizo el reclamo legal, mediante queja ante CONDUSEF, ubicada en esta ciudad de Tijuana, Baja california, misma negativa a mi aviso-reclamo que en copia certificada acompaño en vía de prueba documental a esta demanda.

toda vez que existe negativa del pago de la póliza de seguro, que me veo en la necesidad de acudir a esta instancia para reclamar el pago forzoso de dicha póliza, y en tal virtud ES PROCEDENTE ADEMÁS LA INDEMNIZACION POR MORA EN FAVOR DE LA ACTORA. Solicito se aplique en nuestro favor la siguiente jurisprudencia.

INSERTA TESIS

21.- Por virtud de lo anterior es por lo que presento esta demanda judicial a efecto de que la parte demandada sea condenada al pago de las prestaciones que le demando en esta vía judicial.-

VI.- Por su parte la pasiva procesal [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]. DE

[REDACTED], al producir su contestación de demanda manifestó que:

En relación a las prestaciones:

a) La prestación que se contesta y que el actor hace consistir en el cumplimiento forzoso del Contrato de Seguro de Vida Individual, debe ser declarada por su Señoría como improcedente, ello en virtud primero que la póliza de seguro de la cual el actor solicita su cumplimiento, cesó en sus efectos de pleno derecho por falta de pago en los términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de seguro y el padecimiento que señala el actor inicia en junio de 2023, por lo que de acuerdo con la definición de incapacidad total y permanente señalada en las condiciones generales la supuesta incapacidad tuvo que ser continua durante 6 meses obviamente estando la póliza de seguro surtiendo sus efectos y vigente, lo cual aun cuando en efecto el padecimiento del hoy actor pudiera considerarse como una incapacidad permanente total, la póliza de seguro cesó en sus efectos antes de los 6 meses señalados en la definición de las condiciones generales por falta de pago.

De igual forma, el padecimiento del hoy actor no puede considerarse como incapacidad permanente total, de acuerdo con lo señalado en las condiciones generales del contrato, habida cuenta que la cobertura que pretende que sea afectada es la del pago de suma asegurada por invalidez total y permanente, siendo que en las condiciones generales del seguro aplicables a la póliza del hoy actor, se establece la definición de INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, la cual señala:

“Invalidez Total y Permanente

Quando las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de esta póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.”

En ese tenor, el hoy actor no se encuentra imposibilitado de manera total y permanente para el desempeño de una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, máxime que para una incapacidad permanente o total, no se suman los porcentajes de incapacidades parciales hasta llegar al 100% como erróneamente lo señala su médico, que dicho sea de paso, no es especialista en medicina del trabajo.

b) En La prestación que se contesta y que el actor hace consistir en el pago de una cantidad de \$ [REDACTED] ([REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] M.N.), debe ser declarado por su Señoría como improcedente, esto en virtud de lo sostenido en la contestación a la presente inmediata anterior, en el sentido primero que la póliza de seguro cesó en sus efectos por falta de pago y en segundo término que la cobertura que quiere afectar el actor es la de pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente, sin embargo, el hoy actor no se encuentra incapacitado para trabajar de forma total y permanente.

c) Se niega que el actor tenga derecho al pago de intereses moratorios, ello en virtud de que no se da la hipótesis para la afectación de la cobertura de pago de suma asegurada por incapacidad total y permanente y por tanto esta al ser una prestación accesoria debe seguir la suerte de las principales.

d) Se niega que el actor tenga derecho al pago de indemnización por mora, ello en virtud de que no se da la hipótesis para la afectación de la cobertura de pago de suma asegurada por incapacidad total y permanente y por tanto esta al ser una prestación accesoria debe seguir la suerte de las principales.

e) Se niega que el actor tenga derecho al pago conforme al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, ello en virtud de que no se da la hipótesis para la afectación de la cobertura de pago de suma asegurada por incapacidad total y

permanente y por tanto esta al ser una prestación accesoria debe seguir la suerte de las principales.

f) Se niega que el actor tenga derecho a solicitar el pago de una multa en contra de mi representada ello en virtud de que no se da la hipótesis para la afectación de la cobertura de pago de suma asegurada por incapacidad total y permanente y por tanto esta al ser una prestación accesoria debe seguir la suerte de las principales.

g) Se niega que el actor tenga derecho al pago de gastos y costas, en virtud de que mi representada jamás se ha situado ni se situara dentro de las hipótesis de su condena.

h) Se niega que el actor tenga derecho a que mi representada cubra los impuestos que precisa.

i) Se niega que mi representada tenga derecho a reclamar que en la vía de apremio se le embarguen bienes a mi representada, primero porque mi representada no ha incurrido en incumplimiento y en segundo término porque este tipo de medidas no son procedentes en contra de las instituciones de seguros, siendo en todo caso procedente el procedimiento señalado en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En relación a los hechos:

1. El correlativo que se contesta no es un hecho como tal si no un señalamiento en cuanto a la vía, por lo que ni se niega ni se afirma.

2. El hecho que se contesta es falso y se niega, habida cuenta que los agentes de seguros no son representantes de las instituciones de seguros, sino que son intermediarios independientes que prestan sus servicios a varias instituciones de seguros, cuya labor es explicar a los asegurados los alcances de los seguros que van a adquirir

3. El hecho que se contesta, es parcialmente cierto, toda vez que el actor omite señalar que el contrato de seguro cuenta con cláusulas en las cuales se pactan los derechos y obligaciones de las partes.

4. El hecho que se contesta, por técnica jurídica se niega, ya que al tratarse de un hecho que no es propio de mi representada, se arroja la carga de la prueba al hoy actor.

Es importante señalar que el actor precisa en este hecho que el medico [REDACTED], no es especialista en medicina del trabajo, lo cual después de corroborar sus cédulas en la página de internet oficial del registro nacional de cédulas profesionales <https://www.Cedulaprofesional.sep.gob.mx/cedula/presidencia/indexAvanzada.action> se aprecia que solo cuenta con la cédula 852865 como se puede apreciar a continuación.

INSERTA CAPTURA DE PANTALLA PAGINA WEB

De igual forma de la misma página oficial se desprende que esa única cédula corresponde solo a la licenciatura como médico cirujano, NO ASI COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO como el hoy actor erróneamente lo quiere hacer creer a su señoría:

INSERTA CAPTURA DE PANTALLA PAGINA WEB

Página de internet que al ser publica es considerado como un hecho notorio.

En ese orden de ideas, el supuesto dictamen rendido por el medico [REDACTED], infringe lo dispuesto en los siguientes artículos:

INSERTA ARTICULOS

La anterior violación tiene fundamento en que para la emisión de un dictamen pericial se requiere contar con los conocimientos y autorización para emitir un juicio respecto a los hechos que conforman el caso jurídico, en el presente caso se está señalando que el actor tiene una invalidez total y definitiva, sin contar con la especialidad en medicina del trabajo, especialidad que se encuentra debidamente reglamentada y que para su ejercicio requiere de la patente de la Dirección General de Profesiones, misma que se materializa a través de la Cedula de Especialidad o autorización, misma con la que el perito NO cuenta.

En esta tesitura, el perito [REDACTED] jamás acredita poseer los conocimientos ni autorización, cedula o patente para emitir un juicio dentro de los hechos del presente caso, que precisamente versan de una Especialidad Médica Reglamentada, es decir, al estar emitiendo una opinión y juicio valorativo sobre si el actor cuenta o no con una invalidez, está ejerciendo una Especialidad Médica sin contar la patente para ello, las anteriores aseveraciones tienen sustento en el artículo 24 de la Ley General de Profesiones, que señala:

INSERTA ARTICULO

En el caso concreto, el C. [REDACTED] no solo realiza una simple consulta, sino que juzga, estudia y realiza pronunciamientos de una supuesta invalidez cuando no cuenta con la patente ni autorización para ejercer como especialista en medicina del trabajo, y por ende, tal dictamen carece de valor probatorio alguno.

CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO BASTA PARA EVIDENCIAR QUE NO DEBE DE TOMARSE EN CUENTA EL DICHO, INTERVENCION O CUALQUIER APORTACION AL CASO QUE NOS OCUPA POR PARTE DEL C. ***** [REDACTED], PUESTO QUE DICHA SITUACION RESULTARIA EN LA INVALIDEZ, ILEGALIDAD Y NULIDAD DE LA PRUEBA EN CUESTION. MAXIME QUE CON LA REFORMA ESTABLECIDA AL ARTÍCULO 1° CONSTITUCIONAL DICHA SITUACION COBRA UNA ESPECIAL RELEVANCIA PUES SE ESTABLECE:

INSERTA ARTICULO

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretaran de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

TODAS LAS AUTORIDADES, EN EL AMBITO DE SUS COMPETENCIAS, TIENEN LA OBLIGACION DE PROMOVER, RESPETAR, PROTEGER Y GARANTIZAR LOS DERECHOS HUMANOS DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD, INDEPENDENCIA, INDIVISIBILIDAD Y PROGRESIVIDAD. EN CONSECUENCIA, EL ESTADO DEBERA PREVENIR, INVESTIGAR, SANCIONAR Y REPARAR LAS VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS, EN LOS TERMINOS QUE ESTABLEZCA LA LEY”.

Por lo cual, su Señoría, tiene la obligación de velar por el correcto cumplimiento y apego del presente proceso en cabal y completo apego a la constitución, a los tratados internacionales y a las leyes que para tal caso se dicten.

INSERTA TESIS

De la anterior tesis jurisprudencial, se deriva que el dictamen pericial al ser llevado a cabo por un médico cirujano, no es factible otorgarle valor probatorio al no acreditar la calidad profesional y especializada que se requiere para aportar un conocimiento y peritación del caso concreto que sería el conocimiento de un especialista en medicina del trabajo.

INSERTA TESIS

Finalmente es de señalarse que si bien es cierto que el C. [REDACTED], en efecto está inscrito en las listas de peritos de la junta Federal de Conciliación, también lo es que no está inscrito como especialista en medicina del trabajo y que incluso el estar en dichas listas no le da la calidad automáticamente de especialista en medicina del trabajo, el perito está inscrito solo como médico cirujano que es lo que su cedula profesional ampara, no mas no menos, tenerlo como especialista en medicina del trabajo solo por estar inscrito en dichas listas, sería tanto como ir en contra de los artículos antes señalados en este hecho e incluso en contra del sistema educativo mexicano.

5. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

No obstante, lo anterior, es de señalarse que como ya se ha fundamentado, el dictamen que presenta, carece de todo valor probatorio al no haber sido emitido por un médico con la especialidad en medicina del trabajo, razón por la cual no demuestra que el actor padezca una incapacidad permanente total.

6. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

7. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

8. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

Es importante señalar que el dictamen que presenta el actor no fue realizado por un especialista en medicina del trabajo.

9. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

Es importante señalar que el dictamen que presenta el actor no fue realizado por un especialista en medicina del trabajo.

10. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

11. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

Es importante que en el dictamen que presenta el actor emitido por el C. [REDACTED], es emitido en su calidad de médico cirujano, no así en su calidad de médico especialista en medicina del trabajo, mucho menos como especialista en cirugía de columna o especialista en oftalmología, pero aun así se atreve a señalar que por la suma de las supuestas incapacidades parciales, se llega a un 100% de incapacidad permanente total.

En cuanto a que el gobierno federal le reconoce al actor su estado de invalidez, debe decirse que solo exhibe el acuse de recibo de una tarjeta bancaria, y se indica que es persona con discapacidad, pero no se indica que tipo de discapacidad, no se señala que sea una discapacidad permanente total.

Entre los requisitos que se solicitan para obtener dicha pensión del bienestar para personas con discapacidad, la página oficial <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/pension-para-el-bienestar-de-las-personas-con-discapacidad-permanente> señala:

INSERTA IMAGEN

UN CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR ALGUNA INSTITUCION PUBLICA DE SALUD, certificado que en el presente juicio no exhibe y prefiere exhibir un dictamen particular emitido por un médico que no es especialista en medicina del trabajo.

12. El hecho que se contesta es falso y se niega, ya que mi representada no se ha negado de manera injustificada, sino que no se tienen pruebas contundentes de que el hoy actor padezca una incapacidad permanente total, más aun, el hoy actor presenta un modus operandi en el cual contrata una póliza de seguro y al obtener un rechazo por parte de la institución de seguros, presenta su demanda, esa situación es así ya que el hoy actor tiene juicios contra Allianz Compañía de Seguros, contra [REDACTED] y contra Seguros Imbursa, todos por la contratación de pólizas por incapacidad.

13. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

No obstante lo anterior, resulta ilógico que el actor simplemente sume los porcentajes de sus incapacidades parciales para llegar a un porcentaje más alto, de igual forma el actor asegura, sin prueba alguna que es incurable.

14. No se aprecia hecho marcado con el número 14.

15. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

16. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

17. El hecho que se contesta es falso y se niega, habida cuenta que el actor no demuestra primero que la póliza haya estado vigente ya que fue cancelada por falta de pago y segundo que en efectos se haya materializado la hipótesis cubierta por el seguro, esto es la incapacidad permanente total.

18. El hecho que se contesta es falso, no obstante lo anterior, la cobertura desde su solo nombramiento en la caratula de la póliza es muy claro al señalarse la cobertura de pago de suma asegurada por invalidez total y permanente, por lo que el actor debe demostrar que presenta como tal una invalidez total y permanente.

19. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

20. El hecho que se contesta es falso y se niega, habida cuenta que al actor no ha sido diagnosticado por un especialista en medicina del trabajo con una incapacidad permanente total.

21. El hecho que se contesta se niega por técnica jurídica, habida cuenta de que no es un hecho propio de mi representada, por lo que se arroja la carga de la prueba al actor.

Así también, opuso las siguientes excepciones que denomino:

1.- LA DERIVADA DEL ARTÍCULO 40 Y 41 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

2.- LA EXCEPCIÓN DE FALTA DE ACCIÓN Y DERECHO.

3.- EXCEPCION DE FALSAS DECLARACIONES ANTE LA ASEGURADORA.

4.- EXCEPTIO MUTATI LIBELI.

5.- EXCEPCION DE PRECLUSION

6.- SE OPONEN TODASLAS EXCEPCIONES Y

DEFENSAS QUE DERIVEN DE ESTE ESCRITO DE CONTESTACION DE DEMANDA Y RESULTADO DE LAS PRUEBAS QUE SE OFRECEN.

Las que se tienen en este apartado por reproducidas como si a la letra se insertaren, en aras del principio de economía procesal que debe regir el procedimiento judicial y además porque no existe ordenamiento legal que imponga la obligación de transcribir las excepciones expresadas, circunstancia que de igual forma no se considera indispensable, dado que al abordarlas se realizará el análisis correspondiente de manera exhaustiva, sirve de apoyo a la anterior consideración la contradicción de tesis siguiente:

CONCEPTOS DE VIOLACIÓN O AGRAVIOS. PARA CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS DE CONGRUENCIA Y EXHAUSTIVIDAD EN LAS SENTENCIAS DE AMPARO ES INNECESARIA SU TRANSCRIPCIÓN. De los preceptos integrantes del capítulo X "De las sentencias", del título primero "Reglas generales", del libro primero "Del amparo en general", de la Ley de Amparo, no se advierte como obligación para el juzgador que transcriba los conceptos de violación o, en su caso, los agravios, para cumplir con los principios de congruencia y exhaustividad en las sentencias, pues tales principios se satisfacen cuando precisa los puntos sujetos a debate, derivados de la demanda de amparo o del escrito de expresión de agravios, los estudia y les da respuesta, la cual debe estar vinculada y corresponder a los planteamientos de legalidad o constitucionalidad efectivamente planteados en el pliego correspondiente, sin introducir aspectos distintos a los que conforman la litis. Sin embargo, no existe prohibición para hacer tal transcripción, quedando al prudente arbitrio del juzgador realizarla o no, atendiendo a las características especiales del caso, sin demérito de que para satisfacer los principios de exhaustividad y congruencia se estudien los planteamientos de legalidad o inconstitucionalidad que efectivamente se hayan hecho valer.

2a./J. 58/2010

Contradicción de tesis 50/2010. Entre las sustentadas por los Tribunales Colegiados Segundo del Noveno Circuito, Primero en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Séptimo Circuito y Segundo en Materias Penal y Administrativa del Vigésimo Primer Circuito. 21 de abril de 2010. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Margarita Beatriz Luna Ramos. Ponente: Sergio Salvador Aguirre Anguiano. Secretario: Arnulfo Moreno Flores.

Tesis de jurisprudencia 58/2010. Aprobada por la Segunda Sala de este Alto Tribunal, en sesión privada del doce de mayo de dos mil diez.

Instancia: Segunda Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Epoca. Tomo XXXI, Mayo 2010. Pág. 830. Tesis de Jurisprudencia.

VII.- En virtud de lo anterior, este fallo se ocupará de analizar, en primer lugar si se acredita el PRIMER ELEMENTO DE LA ACCIÓN intentada consistente EN LA

CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO; seguidamente si tuvo lugar **la eventualidad** para que ésta pueda generar **el resarcimiento o pago de la póliza** a favor del beneficiario del seguro; verificando a su vez **la falta de cumplimiento al contrato de seguro por parte de la compañía aseguradora, y si ese incumplimiento es justificado o no, y por ende la procedencia del pago pretendido por la parte actora a su favor.-**

Primeramente es necesario detallar la naturaleza del contrato de seguro. El contrato de seguro, se define como aquel mediante el cual una persona llamada **asegurador** se obliga, a cambio de una suma de dinero, conocida como prima, a indemnizar a otra llamada **asegurado** o **a la persona que este designe**, de un perjuicio o daño que pueda causar un suceso incierto. A partir de ese concepto podemos establecer que los sujetos que intervienen en el contrato de seguro son:

- 1.- La compañía aseguradora,
- 2.- El asegurado y/o contratante y,
- 3.- El beneficiario.

El **primero** de ellos es la persona jurídica que está autorizada expresamente por ley a prestar servicios como tal y es además quien asume el riesgo y en virtud de ello se obliga a indemnizar al tomador o al beneficiario del seguro por la producción de un evento previamente determinado e incierto, a cambio de percibir una retribución que es conocida como prima.-

El **segundo**, tomador o asegurado, es la persona natural o jurídica que busca trasladar un determinado riesgo a un tercero (empresa aseguradora) a efecto de que le sean resarcidos **a él o a un tercero** los daños o pérdidas que puedan derivar del acaecimiento de un suceso incierto a la fecha del contrato de seguro. Con tal objeto deberá abonar una retribución (prima) al asegurador.-

El **beneficiario**, es la persona que puede ser el **mismo**

asegurado o un tercero, que recibe el importe de la suma asegurada. Para el primer supuesto, este sujeto estaría obligado a satisfacer el pago de la prima en favor de la compañía, en el caso del segundo supuesto, no estaría obligado a satisfacer dichos pagos.-

Asimismo las principales características del contrato de seguro es que es consensual, bilateral y aleatorio. Es **consensual** porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención, es decir que basta el acuerdo de voluntades de las partes para que surta efectos, por lo que se perfecciona con la emisión de la póliza de seguro y el pago de la prima; además que de acuerdo a la ley, se señala que la póliza constituye sólo un medio de prueba de la existencia del contrato de seguro. Es **bilateral** puesto que origina derechos y obligaciones recíprocas entre asegurador y asegurado.- Es **aleatorio** porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y cuándo ha de acontecer.-

VIII.- En este orden, como se dijo, se procede analizar si quedó acreditada en autos la relación contractual. En el caso que nos ocupa, tenemos que la parte actora reclama el pago de la póliza identificada como [REDACTED]. El contratante del seguro y asegurado, resulta ser [REDACTED], el hoy **actor**, por ende **está debidamente legitimado para actuar en el presente juicio**, y por otro lado la **compañía aseguradora [REDACTED]**, **también lo está pasivamente por ser la empresa autorizada de quien se tomó dicho seguro**, determinación que se toma en base a las siguientes consideraciones:

La actora aportó en el sumario en que se actúa, la documental visible a foja 66 de autos; consistente en la **PÓLIZA DE SEGURO** con número [REDACTED] con **inicio de vigencia del once de mayo del dos mil veintitrés al once de mayo**

del dos mil cuarenta y tres. Así también, se desprende que fueron exhibidas las **condiciones generales y particulares del seguro**, que obran a fojas 120-154 de autos.

Instrumentales a las cuales se le concede pleno valor probatorio en los términos de los artículos 1238, 1241, 1242 y 1296 del Código de Comercio, misma que lejos de ser objetadas fueron reconocidas por la parte demandada al producir contestación al hecho tres en donde tácitamente reconoce la celebración del contrato al manifestar que *“es parcialmente cierto toda vez que el actor omite señalar que el contrato de seguro cuenta con cláusulas en las cuales se pactan derechos y obligaciones”*, así como del desahogo de la prueba confesional a su cargo llevada a cabo en audiencia de juicio de fecha veinte de junio del dos mil veinticinco, en la cual la parte demandada acepta la existencia de la relación contractual entre los litigantes, como se transcribe enseguida:

-abogado procurador de la parte actora: *“diga si su representada le vendió a la parte actora la póliza de seguro materia del presente juicio”*, **apoderado legal de la parte demandada:** **“SI”**; **CONFESIONALES** a las cuales se les atribuye pleno valor probatorio en los términos de los artículos 1211, 1212, 1287 y 1390 bis 41 del Código de Comercio;

Además que en los términos del artículo 19 de la Ley del Contrato de Seguro, que dispone:

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, **salvo la confesional**, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Medio de convicción que fue debidamente ofrecido y valorado en el juicio que nos ocupa, con lo cual **queda evidentemente comprobada la relación contractual entre las partes derivado del contrato de seguro**, bajo el cual deberá analizarse la procedencia de la acción que hoy nos ocupa, por considerarse además, que el contrato de seguro es consensual, por lo que basta el acuerdo de voluntades de las

partes para que surta efectos, que se perfecciona con la emisión de la póliza de seguro y el pago de la prima; además que de acuerdo a la ley, se señala que la póliza constituye sólo un medio de prueba de la existencia del contrato de seguro; y en este caso se aprecia que sí queda evidenciado en autos.

IX.- Ahora bien, respecto del **segundo elemento de la acción intentada**, consistente en la **ACTUALIZACIÓN DE LA EVENTUALIDAD PREVISTA en el contrato de seguro.-** Debe señalarse como premisa, que el artículo 1º, 7º, 59 y 91 de la Ley del Contrato de Seguro, indican a su letra:

”ARTICULO I.- 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.”

“ARTICULO 7.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6 de la presente Ley.”

“ARTICULO 59.- La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.”

“ARTICULO 91.- Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro.”

De los cuales tenemos que la empresa aseguradora se obliga a cubrir mediante el pago de una prima, los beneficios que cubre la póliza, por los importes contratados, debiendo en su caso, responder de los acontecimientos que se presenten y que tengan el carácter de riesgos o beneficios contratados, cuyas consecuencias se hayan asegurado (coberturas amparadas), precisando que para fijar la indemnización se tomará en cuenta el riesgo asegurado en el momento de la realización del evento, en los términos pactados.-

X.- Bajo esta tesitura, en el caso preciso que se resuelve, la póliza de seguro que se reclama, ampara las siguientes

coberturas, se inserta para mayor ilustración:

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL					
Póliza: 38256					
Desde	VIGENCIA	Hasta			
11/05/2023	12 Hrs	11/05/2043	12 Hrs		
Forma de pago	Moneda	Producto	Linea de negocio		
MENSUAL	MXN	SEGURO TEMPORAL	PLAZO FIJO		
DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE					
ARMANDO RAMIREZ TERRIQUEZ			RFC RXTA730506K5A		
AV CORAL 318			C.P. 22840		
AVIACIÓN			ENSENADA BAJA CALIFORNIA		
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR					
NOMBRE: ARMANDO RAMIREZ TERRIQUEZ			C.P. 22840		
AV CORAL 318			ENSENADA BAJA CALIFORNIA		
AVIACIÓN			R.F.C. RXTA730506K5A		
ID ASEGURADO P0000000189515			EDAD: 50		
FECHA DE NACIMIENTO: 6/MAYO/1973			SEXO: MASCULINO		
Cobertura (e) y/o beneficios adicionales	Suma asegurada Inicial	Fecha de efectividad	Plazo convertido Cobertura años	Pagos años	Prima Inicial
FALLECIMIENTO	\$1,000,000.00	11/05/2023	20	20	\$13,508.25
MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS (MAPO)	\$1,000,000.00	11/05/2023	20	20	\$1,481.88
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BEPP)	INCLUIDO	11/05/2023	10	10	\$238.82
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAIT)	\$1,000,000.00	11/05/2023	10	10	\$3,569.65
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS					
Nombre(s)		Porcentaje		PARENTESCO (Para efectos de identificación)	
LILIANA AMPARANO CORDOVA		50.00		CÓNYUGE	
MARIA ALICIA TERRIQUEZ TERRIQUEZ		50.00		MADRE	
Prima anual	Derechos de póliza	Importe por Pago Fraccionado	Prima total anual	Prima forma de pago	
\$18,809.59	\$0.00	\$564.29	\$19,373.88	\$1,614.49	

De la imagen anterior, que corresponde a la póliza contratada, se observa que la misma ampara la cobertura que hoy se reclama consistente en **“estado de invalidez total y permanente”**.

Por consiguiente, una vez que dentro de la póliza se desprende la cobertura que hoy se exige, a fin de esclarecer si las causas que invoca la actora actualizan el riesgo previsto por la póliza, se procede a analizar las condiciones generales y particulares de la póliza, específicamente en lo que concierne al pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente:

I. DEFINICION DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Se entenderá por invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses.

***lo subrayado constituye énfasis propio**

También se considera como invalidez total y permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los pies, o de una mano y un pie, o de una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no

Este documento es una versión pública de su original, en donde se elimina información clasificada como confidencial y/o reservada. Fundamento: Artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; fracción III del artículo Trigésimo Octavo de los Lineamientos Generales en materia de clasificación y Desclassificación de la Información, así como para la elaboración de versiones públicas publicados por el Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales; fracción XII del artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California; fracción IX del artículo 63 de los Lineamientos de protección de datos personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Baja California.

aplicara el periodo a que refiere el párrafo anterior.

Se entiende como por:

1. Perdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalangica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

2. Perdida de un pie la anquilosis total, es decir, interfalangica, metatarsofalangica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, y

3. Perdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión de ambos ojos.

2. COBERTURA

Si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el Asegurado se invalida de manera total y permanentemente y si dicha invalidez se mantiene durante los siguientes 6 (seis meses, desde el inicio de la incapacidad, la compañía se compromete a pagar al asegurado la suma asegurada contratada en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación que la compañía haya contraído con el asegurado para esta cobertura..

Si el asegurado determina reducir la suma asegurada de la cobertura básica que ampara la póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente en su caso se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización de la prima que corresponda a este beneficio.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado en virtud de su capacidad económica. Podrá declinarse el siniestro si los tratamientos para corregir la invalidez se encuentran al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el DICTAMEN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE dictado por una institución o medico con cedula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez. La declaración de improcedencia por parte de la compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el asegurado, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el asegurado como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula "arbitraje" de las condiciones generales de la cobertura del plan al que se adhiere esta cobertura.

6. EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

-Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio asegurado.

-Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el asegurado en forma directa.

-Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio asegurado.

-Lesiones recibidas por el asegurado al participar en riñas, siempre que el asegurado sea el provocador.

- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a

bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puestos establecidos.

- Accidentes que ocurran por participar directa del asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

- Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

- Radiaciones atómicas.

- Lesiones que sufra el asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.

Para determinar si el asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la compañía deberá de tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro

-Lesiones que sufra el asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro

- Lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de la vigencia de esta cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cedula profesional.

- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El asegurado o beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la compañía tendrá derecho de exigir al asegurado o beneficiario, toda clase de información que prueben su invalidez y que a su vez esta sea total y permanente, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

7.1 TRAMITE DE SINIESTROS

Al tramitar el pago por el siniestro de un asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

9. Invalidez

1. original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
2. original de identificación oficial vigente con firma y fotografía del asegurado (INE, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional (SMN), cedula profesional).
3. Original de comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono predial, agua, suministro de gas natural).
4. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso)
5. Llenar formato "declaración de invalidez o pérdida de miembros"
6. Llenar formato "informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros".
7. expediente clínico completo, forma ST4 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaria de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determino la invalidez, en caso de no contar con la atención medica de

seguridad social.

8. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados; por ejemplo: toxicológicos, balística, etc. (en caso de existir)..."

Así tenemos que, conforme a las condiciones aplicables a la invalidez total y permanente se desprende que: "Se entenderá por invalidez total y permanente, **la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura**, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses.

XI.- Respecto de la **actualización de la eventualidad, es decir la materialización del riesgo amparado**, prevista en la póliza materia de la Litis, y por cual **debe surgir la obligación del pago a cargo de la aseguradora** y en favor del beneficiario, se aprecia que al respecto la parte actora afirma que en fecha nueve de junio del dos mil veintitrés, debido a una molestia en la espalda acudió a realizarse exámenes médicos y estudios, posterior a ello acudió con un perito especialista en medicina del trabajo con registro número 223 por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje a nivel nacional, el Doctor [REDACTED], quien cuenta con registro ante la Secretaría de Salud número 106724, y quien dictaminó la presencia de invalidez total y permanente del 100% (cien por ciento), señalando que, previo a la contratación del seguro que nos ocupa, nunca tuvo o sintió padecimiento alguno, desconociendo que estaba enfermo de su espalda y no había sido explorado ni mucho menos atendido medicamente por esos malestares.

Para acreditar lo anterior, la parte actora exhibió las siguientes documentales:

5. Documental pública, consistente el registro de peritos en medicina de trabajo, consistente en la lista de registro de peritos medidos de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, Secretaría del Trabajo y Prevención Social, en la cual se incluye al doctor [REDACTED] [REDACTED] como perito médico especializado en medicina del trabajo con registro número 223 a nivel nacional.
6. Documental pública consistente en todo lo actuado dentro del expediente llevado a cabo ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los usuarios de Servicios Financieros, por sus siglas CONDUSEF, en el expediente de procedimiento de queja con folio **2023/020/14393**. De la cual se desprende, entre otros documentos:

*Dictamen médico emitido por el doctor [REDACTED]

*Estudios radiológicos realizados al C. [REDACTED], de fecha diecinueve de mayo del dos mil veintitrés, firmados por el doctor [REDACTED] [REDACTED].

*Estudios oftalmológicos realizados al C. [REDACTED] [REDACTED] en fecha treinta de mayo del dos mil veintitrés, firmados por la doctora [REDACTED] [REDACTED].

Así tenemos que del dictamen médico de fecha once de junio del dos mil veintitrés emitido por el doctor [REDACTED] [REDACTED] se desprende como conclusión, lo siguiente:

“De acuerdo con los diagnósticos encontrados en el paciente [REDACTED] [REDACTED], se concluye que presenta invalidez total y permanente de acuerdo con la suma de cada una de las invalideces totales y permanentes encontradas y que a continuación específico: resultado es de más de 100% y que a continuación específico:

Primera: Por virtud de que el actor presenta depresión localizada a discos intervertebrales de la columna vertebral cervical con dolor y entorpecimiento de los movimientos existe incapacidad permanente parcial de 30% de incapacidad permanente parcial fundamentada en lo referido en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo fracción 401.

Segunda: Por virtud de que el actor presente depresión localizada a discos invertebrales de columna vertebral lumbar con dolor y entorpecimiento de los movimientos existe incapacidad permanente parcial de 30% de incapacidad permanente parcial fundamentado en lo referido en

el artículo 514 de la Ley Federal de Trabajo Fracción 401.

Tercera: Por virtud de lo encontrado en la función visual del actor y que muestra una incapacidad visual de 0.3 el derecho y 0.4 izquierdo y fundamentado en lo referido en el artículo 514 fracción 301 de la Ley Federal de Trabajo que recomienda la exploración por medio de tabla de snellen, se establece una incapacidad permanente parcial del 40%.

Cuarta: Por virtud de lo encontrado en la función mental del actor donde se encontró un trastorno orgánico del sistema nervioso central, con funciones mentales superiores alteradas se determina que el actor presenta una incapacidad permanente parcial del 15% de incapacidad permanente parcial mental de acuerdo a la fracción 405 del artículo 514 de la Ley Federal de Trabajo.”

Documentales a las que se les concede valor probatorio de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1237, 1238, 1241, 1292, 1293 y 1296 del Código de Comercio, en relación a la acreditación del siniestro.

XII.- A este punto, es indispensable precisar que la **materialización del riesgo** amparado es un elemento a cargo del actor, ahora bien, del dictamen médico analizado anteriormente en esencia se desprende que el actor se encuentra en un estado de invalidez ocasionada por diversos factores, entre ellos, problemas en discos vertebral cervical y discos intervertebrales de columna vertebral lumbar, así como un desgaste en la función visual y un trastorno orgánico del sistema nervioso central con funciones mentales superiores alteradas, con lo cual se determina que el actor si presenta una incapacidad, sin embargo es necesario determinar si dicha enfermedad encuadra dentro de las condiciones generales por concepto de invalidez total y permanente, para entonces estar en aptitud de determinar si procede el pago de la suma asegurada o no.

A lo anterior tenemos que el actor para tener por acreditado el estado de invalidez que presenta, ofreció la pericial, en materia de **medicina** a cargo del doctor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]; sin embargo previo a adentrarnos al estudio de sus conclusiones es necesario realizar las siguientes consideraciones con la finalidad de abordar cada punto de la presente Litis:

La parte demandada señala, dentro de la audiencia de

juicio de fecha veinte de junio del dos mil veinticinco, lo siguiente: *“con estos documentos el perito solamente acredita su calidad como médico cirujano, no así como especialista en medicina del trabajo, máxime que el otro documento que exhibe solamente es el registro de peritos médicos ante la Junta de Conciliación y Arbitraje, no es una lista de peritos Médicos especialistas en medicina del trabajo, incluso esta registrado el doctor [REDACTED] [REDACTED] con su misma cedula profesional como médico cirujano, en ese sentido de acuerdo con el artículo 24 de la Ley General de Profesiones, si no se cuenta con una cedula profesional de la especialidad se encuentra impedido, aunque solo se trate de una simple consulta o la ostentación de carácter profesional, en ese sentido estaría impedido en rendir un dictamen con la especialidad de medicina de trabajo...”* a lo que la parte actora señala: *“...en los autos contamos con el documento de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje a nivel nacional, que acredita al doctor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] como perito en la materia de medicina del trabajo, él es el perito numero 223 acreditado ante la autoridad federal ya mencionada, y no existe ninguna duda al respecto, también incluso existe una jurisprudencia que refiere a que las listas de los peritos en materia de medicina de trabajo que aparecen publicados en internet son de la observancia de la autoridad jurisdiccional para los efectos de tener acreditado a un perito en esa materia, y efectivamente en documento que se encuentra agregado a autos y el documento con el que se corrió traslado hace unos momentos es precisamente el que se encuentra en esa página de internet donde se señalan los peritos especializados en materia de medicina de trabajo a nivel nacional donde está incluido nuestro perito...”*

A lo que la C. Juez señaló lo siguiente:

“...No pasa desapercibido para la suscrita que la parte contraria señala en específico que la prueba pues viene relacionada con medicina del trabajo, en una especialidad, también así exhibe una impresión de la página de internet de la cual señala la liga del registro de peritos médicos de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, de la cual en específico al rubro dice: con fundamento en el artículo 899 incisos F y G de la Ley Federal del Trabajo, Clausula tercera de la convocatoria número [REDACTED] para el registro de peritos médicos, así como el acuerdo del pleno de fecha 16 de diciembre del 2012, en el que se faculta a la Secretaría General de Conciliación y Asuntos individuales para la aprobación del Registro (cuerpo y lista) de peritos Médicos especializados en medicina del trabajo de la JFCA, en el cual pues publica un numero de peritos así como el área y su número de cedula en el cual se especifica su especialidad, viene el número 223 en el cual se encuentra [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], sonora y su número de registro, dentro de la liga antes señalada nada más necesito secretaria de acuerdos que me constate si todavía en la liga que menciona podemos encontrar la lista que nos exhiben para verificar que si es un perito especializado.

En virtud de ello, en dicha audiencia se procedió a verificar la información solicitada por la suscrita y por ende se dio cuenta a quien resuelve con lo siguiente:

“secretaria de acuerdos: su señoría con apoyo del ingeniero del poder judicial que se encuentra presente se ingresó a la liga que aparece proporcionada por el perito y efectivamente si se encuentra el doctor [REDACTED] [REDACTED] como se advierte de la copia simple con el numero 223 aparece como perito.

Juez: una vez haciendo constar la secretaria de acuerdos lo antes señalado y requerido por la suscrita, pues se acredita que el perito cuenta con la especialidad para efectos de rendir el dictamen, previo a que se le dé el uso de la voz al mismo para los efectos de la aceptación”

Se inserta dicho registro para mayor ilustración:

220	Juárez	Zubía	Misael Arturo	Dgo.	5669157
221	Díaz	Pulgarin	Martha Elena	Dgo.	7888539
222	Chavarría	Palmero	Alvar	Dgo.	3602220
223	Gerardo	Greenhouse	Jesus	Son.	852865
224	Valadez	Ramírez	Tomas Roberto	Ver.	2620017
225	Arevalo	Rodríguez	Jose de Jesus	Ver.	4131728

Visto lo señalado, y acreditado que el perito de la parte actora si cuenta con la especialidad necesaria para rendir el dictamen que se ofrece; es por lo que, se declara improcedente la excepción opuesta por la parte demandada en este sentido y que denominó **FALTA DE ACCION Y DERECHO**, hecha valer para efectos de señalar que el perito de la parte actora no se encuentra en posibilidad de rendir el dictamen relativo pues no tiene especialidad en medicina; en virtud de lo anterior, y al haber determinado esta Juzgadora que el perito de la parte actora si cuenta con la especialidad con la que se ostenta, por lo que, mediante audiencia de fecha veinte de junio del dos mil veinticinco, dicho perito emitió las siguientes conclusiones:

“El señor [REDACTED] presenta limitación física por invalidez en las diversas funciones de su cuerpo según lo manifestado en los puntos del dictamen cuya suma equivale incapacidad permanente total lo que le impide desarrollar su actividad y profesión de abogado, esas son las conclusiones que llegue en mi dictamen.”

INTERROGATORIO FORMULADO AL PERITO DE LA PARTE ACTORA

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- me podría decir si el estado de invalidez con el que está afectado el señor [REDACTED], tienen alguna cirugía que lo pueda recuperar al cien por ciento?

PERITO.- No es posible por las consecuencias que pudiera traer eso, que pudiera ser peor.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Díganos doctor si debido al estado de invalidez que presenta [REDACTED] se ha visto disminuido su función laboral?

PERITO.- el señor [REDACTED] presenta depresión localizada discos intervertebrados de columna vertebral cervical con dolor y entorpecimiento de los movimientos presenta depresión localizada a discos intervertebrales de columna vertebral lumbar también con dolor y entumecimiento de los movimientos, presenta disminución de la función visual la cual no es corregible con anteojos y también tiene problemas con al función mental en donde se encontró un trastorno orgánico del sistema nervioso central con funciones mentales superiores alteradas.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- todo esto usted lo detectó en alguna entrevista personal con el señor [REDACTED]?

PERITO.- si, le hice historia clínica completa, incluyendo semiología, exploración física y revisión de estudios que se le han hecho y otros que le mande a hacer yo, lo hice con tal de hacer un dictamen integral.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- díganos doctor el dictamen pericial que usted elaboró lo hizo en base a las nuevas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo?

PERITO.- SI, las incapacidades estaban basadas antes en la fracción 514 del art. De la LFT y ahora es el 513, en la tabla del art 514 era anteriormente, ahora es en la tabla que aparece en el artículo 513.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- nos podría explicar si en esas tablas se establece algún tipo de porcentaje que determine el nivel de invalidez de la persona que se somete a un estudio para determinar su grado de discapacidad y en su caso si también me puede agregar que diferencia había entre los dos artículos el anterior y el actual o si el porcentaje es el mismo?

PERITO.- Así, lo que pasa es que se modificaron las fracciones del artículo anterior con el artículo actual, por ejemplo para la incapacidad de enfermedad visual es la fracción 347 anteriormente era la fracción 301 de la columna era la fracción 401 ahora es la fracción 508 y así esas son las modificaciones que ha habido, esa es la base de ahora.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- en base a la ley anterior, bueno al artículo anterior y al artículo actualmente vigente el porcentaje de discapacidad es el mismo?

PERITO.- si, es el mismo, nada más varía el número de la fracción.

JUEZ.- Usted mencionó que el señor [REDACTED] cuenta con un estado de invalidez para desarrollar su profesión de abogado y mencionó que tenía varios problemas médicos y en específico pues hizo un listado de tales problemas, el señor puede realizar otra función o su invalidez es para realizar cualquier trabajo o en específico un trabajo de oficina?

SEPTIMA: tendría que valorarse, el paciente se supone que no puede estar mucho tiempo agachado, sin cuello ortopédico porque empieza un dolor radicular que se extiende para los brazos, cefalea, además no puede estar mucho tiempo en un lugar sentado porque empieza con problemas de dolor de tipo radicular lumbar, y para leer debe de forzar la vista, debe de tomarse en cuenta todas esas situaciones para saber si está capacitado para algún tipo de trabajo

JUEZ.- Pues para poder realizar cualquier otro trabajo necesita su cuerpo y si su cuerpo sufre todos esos padecimientos, pero usted es el experto en señalar si se puede realizar o no.

PERITO.- No puede caminar tampoco, o sea si puede caminar pero cierto tiempo nada más, después empieza el problema de radiculopatía de dolor en los nervios.

JUEZ.- no sé si sea la palabra correcta pero no es funcional, no sé si medicamente sea la palabra correcta?

PERITO.- Es una reducción de la capacidad física.

JUEZ.- porque yo veo a lo que usted me señala es que tiene muchos problemas médicos para poder desarrollar su vida cotidiana.

PERITO.- SI

JUEZ.- y entre la vida cotidiana de una persona esta trabajar, su vida laboral.

PERITO.- Si, por ejemplo, el trabajo de abogado es de mucha lectura, entonces si tiene problemas visuales pues va a tener problemas de cefaleas de otro tipo de situaciones también, entonces el trabajo puede hacer es limitado no es al cien por ciento.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- Como define estado de invalidez?

PERITO.- Es una limitación para la función.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- Es lo mismo estado de invalidez que incapacidad?

PERITO.-incapacidad es una valoración de acuerdo a las tablas para determinar un porcentaje.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- Entonces es diferente o es lo mismo.

PERITO.- es similar pero no es lo mismo.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- cual es la diferencia doctor?

PERITO.- Es lo que le dije, la invalidez es lo que se te explica que es lo que está presentando, es una limitación de las funciones, y la incapacidad permanente que se está valorando aquí es el porcentaje de limitación o de invalidez que presenta el actor.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- que metodología utilizó para determinar que el actor tiene una incapacidad, cuál es su metodología.

PERITO.- Elaboro una semiología de los padecimientos que presenta el actor, hago una exploración física, una historia clínica de antecedentes, examino pruebas de laboratorio que se le mandan a hacer o que ya tiene o de las dos y se llega a la conclusión.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- que pruebas de laboratorio o instrumentos utilizó para llegar a esa conclusión.

PERITO.- los que aparecen en el dictamen.

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- Puede afirmar con certeza médica que el actor se encuentra incapacitado de manera total y permanente.

PERITO.- si, así como lo afirmo en el dictamen

APODERADO LEGAL DE LA PARTE DEMANDADA.- Puede afirmar que la incapacidad que presenta el actor es irreversible y definitiva.

PERITO.- si

Ahora, la demandada ofertó la prueba pericial en materia de medicina para efectos de determinar la no existencia de la

materialización del riesgo amparado, emitiendo el perito de su parte las siguientes conclusiones:

Se concluye que el dictamen presentado y las valoraciones de gabinete con las que se cuentan presentadas por el doctor [REDACTED] no es posible concluir en un estado de invalidez permanente ni total, dado a que no se especifican aspectos fundamentales tales como la marcha del paciente, arcos de movilidad, fuerza muscular, desarrollo del puesto de trabajo que en ningún momento se desarrolla como tal, y su debida contraposición en cuanto al déficit corporal y el puesto de trabajo que realiza el paciente, valoraciones no se incluyen tampoco de baremo español ni fundamentación adecuada de acuerdo al estado de invalidez que no valora la LFT, la valora la ley del seguro social y la ley del issste, además no se expresan diagnósticos severos que permitan declarar dicho estado de invalidez que infiere el doctor sin el sustento adecuado, por lo tanto en base al dictamen médico presentado valoración oftalmológica en la cual se establece que tiene una visión 20/20, interpretaciones de resonancia columna cervical y lumbar donde no se logra determinar radiculopatía características del padecimiento actual y aplicación de los baremos español donde podemos inferir el déficit corporal se concluye que el diagnóstico de trastorno de columna cervical y lumbar que fue el único que pude establecer con el que cursa el paciente no constituye un estado de invalidez total ni permanente ya que no cumple con los requisitos legales establecidos en el art 119 de la ley del seguro social ni su análogo en el art 118 de la ley del issste debido a que el trabajador se encuentra apto para procurarse mediante un trabajo igual una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo derivado de esto de una enfermedad no profesional y recalco el estado de invalidez se define como una enfermedad no profesional no prevista en la Ley federal del Trabajo, es cuánto.

CUESTIONARIO PARTE ACTORA A PERITO PARTE DEMANDADA

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Que nos diga el perito cuando entrevistado de manera personal al señor [REDACTED].

PERITO: En ningún momento

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Que diga el perito si para auscultar a un paciente hay que concertar una entrevista personal

PERITO: Si hubo una solicitud para un cita precisamente para hacer una valoración presencial sin embargo no tuvimos dicha oportunidad

JUEZ.- Por qué no obtuvo la oportunidad?

PERITO: No sé si ahí presentamos o al menos yo firme un oficio en el que estaba solicitando poder consultar precisamente a la parte actora.

JUEZ.- Lo que usted está diciendo que no tiene la oportunidad me concierne a la suscrita como titular del tribunal, cuando yo le regrese su escrito en el que mencionaba que necesitaba una entrevista médica para la parte actora, hay unas reglas a seguir dentro del procedimiento y el procedimiento no contempla promociones por escrito, todo el procedimiento es oral a partir de que hay ya una etapa preliminar, se le volvió a usted a insistir antes de que aceptara el cargo que si necesitaba realizar su petición de manera nuevamente y usted me comento que no, que venía listo para dictar su dictamen, el que no se haya citado al señor no es una cuestión que no se le permitió, para que quede claro.

PERITO: Ok puedo hacer una aclaración, de hecho en base al dictamen que el médico que dijimos que era apto para hacer la pericial, hice yo mis conclusiones en base a toda la información que ya obraba en autos, esto es súper importante porque en base a eso claro que se pueden hacer conclusiones independientemente que yo no lo vea presencial a la parte

actora, si me gustaría aclarar ese punto.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Que diga el perito cómo es posible que haya manifestado que viene preparado para emitir su dictamen sin ni si quiera haber logrado entrevistar a la parte actora

PERITO: en base al dictamen pericial que presento el doctor [REDACTED], en base a las pruebas que se anexaron de resonancia magnética de columna lumbar, columna cervical, en base a la cedula oftalmológica en la que se valora agudeza visual de la parte actora y sin embargo no logre ubicar las cuestiones o notas medicas de psiquiatría o psicología sin embargo se utilizó el dictamen del dr [REDACTED] en base a eso se realizó la dictaminación que es perfectamente válido.

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Que nos explique el perito si lo que en realidad hizo fue objetar el dictamen del dr [REDACTED] o verdaderamente se preocupó por emitir conclusiones propias en base a su conocimiento.

JUEZ.- no la conteste porque no es una cuestión al dictamen, es algo personal y se supone que el perito al ser un perito en la materia no viene a dar opiniones personales, viene a dar opiniones técnicas

ABOGADO PROCURADOR DE LA PARTE ACTORA.- Que nos diga el perito que tan importante es para emitir un dictamen como el que aquí nos ocupa el que se tenga una entrevista personal en este caso con la parte actora.

PERITO: la entrevista personal la realizo el dr [REDACTED] en su momento en el dictamen el 13 de junio de 2023, entonces el dictamen versa en ese sentido y fue dictaminado en ese sentido

Medios de convicción que es valorado en los términos de los artículos 1252, 1258, 1390 bis 13, 1390 bis 46 y 1390 bis 48 del Código de Comercio, no obstante aun cuando los dictámenes precisados resultan ser contradictorios, a juicio de quien resuelve no fue necesario nombrar a un perito tercero en discordia, en virtud de las siguientes consideraciones:

XIII.- Del análisis de las periciales previamente analizadas, específicamente del dictamen emitido por el perito de la parte actora se desprende que el actor si cuenta con una afectación involuntaria de sus facultades, que la incapacidad que presenta el actor es irreversible y definitiva, ya que en dicho dictamen se realizó en base a la valoración física elaborada por el doctor que lo emite y a los diversos estudios que obran dentro del expediente que el mismo doctor le mandó a realizar, contrario a lo que sucede con el perito de la parte demandada pues se limitó a emitir un dictamen sin la valoración previa física del actor, sin que pase desapercibido que señala haberse basado en los exámenes médicos obrantes en autos, sin embargo a

juicio de quien resuelve genera mayor convicción aquel médico que realizó un estudio físico al paciente, lo que si aconteció con el perito de la parte actora, y a consecuencia de ello emitió un dictamen médico en fecha once de junio del dos mil veintitrés a fojas 71-73, en el cual lo declaró con invalidez total y permanente, robustecido con el dictamen médico que ahora se rinde a fojas 382-389.

Máxime que los dictámenes elaborados por los peritos designados, quienes intervienen como auxiliares de esta juzgadora en la materia de medicina y a quienes se les considera ser personas honestas y expertas en la materia sobre la que dictaminan, y que se conducen conforme a su leal saber y entender en la materia sobre la que dictaminan, pues han estudiado cuidadosamente el tema sometido a su consideración, por lo que debe también presumirse que no tienen la intención de engañar al juzgador, en tanto que su peritaje plasmado en los dictámenes correspondientes, son un acto consciente, libre de coacción, violencia, dolo, cohecho o seducción. Y quienes informaron que realizaron su estudio en base a las documentales exhibidas en autos. Habida cuenta que sus opiniones se consideran veraces y acertadas por contener los fundamentos y sostenes en su opinión en forma explicada y clara, y la precisión en sus conclusiones, por lo que merecen mayor credibilidad.-

Expuesto en otro modo, y de acuerdo con el principio de buena fe pericial, debe presumirse que los peritos, como expertos ajenos a la contienda, emiten su opinión de forma leal e imparcial, salvo que algún indicio señale seriamente lo contrario, lo que no acontece en este caso.-

Resultando aplicable la siguiente tesis de **Jurisprudencia** de la Novena Época. Registro: 181056. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Jurisprudencia. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XX, Julio de 2004. Materia(s): Civil. Tesis: I.3o.C. J/33. Página: 1490 de texto y rubro:

“PRUEBA PERICIAL, VALORACIÓN DE LA. SISTEMAS.

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

experta en la materia de que forma parte el hecho sobre el cual dictamina que, además, ha estudiado cuidadosamente el problema sometido a su consideración, ha realizado sus percepciones de los hechos o del material probatorio del proceso con eficacia y ha emitido su concepto sobre tales percepciones y las deducciones que de ellas se concluyen, gracias a las reglas técnicas, científicas o artísticas de la experiencia que conoce y aplica para esos fines, en forma explicada, motivada, fundada y conveniente. Esto es, el valor probatorio de un peritaje depende de si está debidamente fundado. La claridad en las conclusiones es indispensable para que aparezcan exactas y el Juez pueda adoptarlas; su firmeza o la ausencia de vacilaciones es necesaria para que sean convincentes; la lógica relación entre ellas y los fundamentos que las respaldan debe existir siempre, para que merezcan absoluta credibilidad. Si unos buenos fundamentos van acompañados de unas malas conclusiones o si no existe armonía entre aquéllos y éstas o si el perito no parece seguro de sus conceptos, el dictamen no puede tener eficacia probatoria. Al Juez le corresponde apreciar estos aspectos intrínsecos de la prueba. No obstante ser una crítica menos difícil que la de sus fundamentos, puede ocurrir también que el Juez no se encuentre en condiciones de apreciar sus defectos, en cuyo caso tendrá que aceptarla, pero si considera que las conclusiones de los peritos contrarían normas generales de la experiencia o hechos notorios o una presunción de derecho o una cosa juzgada o reglas elementales de lógica, o que son contradictorias o evidentemente exageradas o inverosímiles, o que no encuentran respaldo suficiente en los fundamentos del dictamen o que están desvirtuadas por otras pruebas de mayor credibilidad, puede rechazarlo, aunque emane de dos peritos en perfecto acuerdo. Por otra parte, no basta que las conclusiones de los peritos sean claras y firmes, como consecuencia lógica de sus fundamentos o motivaciones, porque el perito puede exponer con claridad, firmeza y lógica tesis equivocadas. Si a pesar de esta apariencia el Juez considera que los hechos afirmados en las conclusiones son improbables, de acuerdo con las reglas generales de la experiencia y con la crítica lógica del dictamen, éste no será conveniente, ni podrá otorgarle la certeza indispensable para que lo adopte como fundamento exclusivo de su decisión, pero si existen en el proceso otros medios de prueba que lo corroboren, en conjunto podrán darle esa certeza. Cuando el Juez considere que esos hechos son absurdos o imposibles, debe negarse a aceptar las conclusiones del dictamen.” (sic)*

De lo anterior, que se colige que efectivamente, tal y como lo señala la parte actora, se encuentra en un estado de invalidez total y permanente, que le impide realizar cualquier tipo de trabajo, pues para ejercer cualquier función es necesario el movimiento del cuello y de la vista, de lo cual se encuentra imposibilitado el hoy actor, conforme a las determinaciones realizadas por el perito ofrecido de su parte, conclusiones que coinciden con el dictamen médico ofrecido y visible a fojas 382-389 de autos. Robusteciendo con documental pública, consistente en el registro de persona con

discapacidad ante la Secretaría de bienestar del Gobierno Federal, con folio 1435008 desde el diecinueve de diciembre del dos mil veintitrés. (Foja 192).

Por consiguiente, tenemos que dentro de la póliza si se desprende la cobertura que hoy se exige por concepto de invalidez total y permanente, entendiéndose por ella dentro de las **CONDICIONES GENERALES** lo siguiente:

“Se entenderá por invalidez total y permanente, **la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura**, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses.”

Y de conformidad con las probanzas ofrecidas por el actor, se acredita que el asegurado presenta un estado de dependencia, actualizándose la premisa que se contempla en la póliza en base a lo previsto en las condiciones generales de conformidad con lo estipulado y amparado dentro del estado de **“invalidez total y permanente”**.

Concluyendo que con las probanzas antes analizadas, se tiene por acreditado el segundo elemento de la acción que nos ocupa, que es la **existencia de la eventualidad prevista**, esto es, **se comprobó la existencia de la invalidez total y permanente de la parte demandada**, condición que se encuentra amparada dentro de la póliza de seguro contratada, pues con el diagnóstico emitido por el perito especializado, se hace patente que en fecha once de junio del dos mil veintitrés [REDACTED], fue diagnosticado con invalidez total y permanente en un porcentaje del cien por ciento, lo que resulta amparado por la póliza emitida, de confinidad a los riesgos cubiertos por la misma.

Asimismo se actualiza que la actora no encuadra en

ninguno de los supuestos de exclusión a esta cobertura beneficio, toda vez que además de comprobar su estado de invalidez demostró cumplir con los demás requisitos, aunado a que acredita que al momento de contratar la póliza no había sido diagnosticado con invalidez ni tampoco nunca obtuvo tratamiento médico alguno, toda vez que no se encuentra afiliado a ningún otro servicio de salud, ofreciendo para acreditarlo las siguientes probanzas:

7. Documental pública, consistente en constancia de no afiliación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Gobierno y Municipios del Estado de Baja California.
8. Documental pública, consistente en constancia de no afiliación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, emitida con firma y sello digital.
9. Documental pública, consistente en constancia de no afiliación del Instituto Mexicano del Seguro social, emitida con firma y sello digital y con Código QR.

Instrumentales a las cuales se le confiere pleno valor probatorio acorde a lo dispuesto por el artículo 1237,1247 y 1292 del Código de Comercio, toda vez que los mismos no fueron objetados por la parte contraria y con lo cual queda comprobado que no se encuentra afiliado al servicio de salud.

XIV.- Una vez comprobada la **existencia de la eventualidad** prevista en la póliza de seguro, tenemos que la parte actora señala que, procedió a efectuar el reclamo de la póliza amparada al formalizar la solicitud de pago de indemnización por invalidez total y permanente a la hoy empresa demandada, quien le señaló que su reclamo era improcedente.

Argumentos que acredita en base a las documentales previamente valoradas, relativas a las copias certificadas del expediente con folio 2023/020/9723 llevado a cabo ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de las cuales se desprende

la contestación al aviso y solicitud de indemnización.

De dicha documental se desprende que efectivamente la parte actora realizó el aviso a la moral demandada, cuando tuvo conocimiento de la actualización del riesgo amparado, tan es así que la propia empresa aseguradora, parte demandada, emitió una negativa en la procedencia del cobro del seguro.

En virtud de lo anterior, queda comprobado el tercer elemento de la acción intentada, consistente en el aviso oportuno a la empresa aseguradora, sin que a este punto pasen por desapercibidas las manifestaciones realizadas por la empresa aseguradora relativas a que la póliza de seguro no se encontraba vigente al momento de la materialización del riesgo amparado, pues señala que el hoy actor solo pago un periodo de la prima, por lo que la póliza se canceló el día once de agosto del dos mil veintitrés por falta de pago, y que por tal razón el seguro cesó sus efectos dicho día, señalando que lo anterior aconteció antes de que la parte actora tuviera seis meses con la incapacidad que alude, de conformidad con lo establecido en las condiciones generales; sin embargo, tal cuestión no quedó acreditada en autos, pues la parte demandada se limitó a efectuar dichas manifestaciones, pero no exhibe documental alguna con la que robustezca su dicho, pues es omiso en adjuntar probanza que acredite que la póliza del seguro no se encontraba vigente y por ende se encontraba cancelada; en virtud de lo anterior, resulta infundada la excepción que denominó **LA DERIVADA DEL ARTÍCULO 40 Y 41 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**, la cual hizo valer en el sentido de que la póliza no se encontraba vigente al momento de la actualización del riesgo amparado, lo que se reitera, no quedó acreditado en autos, pues no se desprende que la misma haya estado con el estatus de **cancelada**.

Por lo que, al sí estar vigente la póliza del seguro en la fecha en que se determinó la invalidez total y permanente de la

parte actora, se hace patente la obligación de la compañía aseguradora quien deberá asumir su responsabilidad de cubrir los importes contratados en la póliza de seguro contratado, entre las que se encuentra la cobertura por invalidez total y permanente, acorde a las **condiciones generales y particulares**, y que son valoradas en los términos de los artículos 1238, 1241 y 1296 del Código de Comercio.

En efecto, la obligación de responder por parte de la compañía aseguradora, hasta el límite de responsabilidad contratada en favor de la persona asegurada, se materializa al producirse el riesgo o la eventualidad prevista en el contrato de seguro, que en la especie es invalidez total y permanente, y que al momento de evaluar la condición del asegurado por parte del doctor especializado se determinó su invalidez al cien por ciento.- Ahora bien, al estar vigente la póliza en la fecha del diagnóstico, se observa que la misma tiene contemplada como fecha de vencimiento al día **once de mayo del dos mil cuarenta y tres**, mientras que el diagnóstico sucedió en fecha **once de junio del dos mil veintitrés**; en consecuencia, surge la obligación de la compañía aseguradora debiendo de cubrir los importes contratados en la póliza de seguro.

XV.- De lo narrado, tenemos que la actora cumple con la carga de la prueba, que los máximos tribunales refieren, pues ha quedado establecido que la parte asegurada en este caso, [REDACTED], debe acreditar: **1) existencia del contrato; 2) la materialización del riesgo amparado; 3) que dio aviso oportuno a la aseguradora, recayendo la carga de la prueba a la aseguradora; si está aduce que las causas por las que no indemnizó esta justificadas en las condiciones del contrato, supuesto que no se actualiza en el presente caso, de conformidad con las probanzas anteriormente valoradas en el presente fallo.**

Quedando plenamente acreditado por parte de hoy actora, los elementos relativos a:

- 1) **Existencia del contrato:** Está plenamente acreditado la contratación de

la póliza, y que al momento de la materialización del riesgo amparado, la misma se encontraba vigente.

- 2) **La materialización del riesgo amparado:** Se acreditó el diagnóstico de invalidez total y permanente.
- 3) **El aviso oportuno:** Se acredita toda vez que se dio aviso a la asegurada, dando ésta una respuesta negativa a la solicitud.

En consecuencia corresponde la carga de la prueba a la aseguradora acreditar que se encuentra justificada la negativa de pago.

XVI.- Ahora, de autos se desprende que la empresa aseguradora basa su negativa de pago en base a las siguientes premisas:

En primer lugar, se reitera, que la parte demandada señala como negativa de la procedencia de las prestaciones el hecho de que la póliza se encontraba cancelada por falta de pago, lo que como ya se analizó resultó infundado dicho argumento, así como la excepción opuesta en ese sentido, pues la empresa aseguradora no acreditó sus manifestaciones, siendo omisa en ofertar probanza alguna para demostrar sus argumentos.

Por otra parte, la demandada señala que la accionante incurrió en falsas declaraciones ante la aseguradora toda vez que mintió al momento de llenar la solicitud, específicamente al manifestar que no contaba con otros seguros de vida en vigor, cuando en realidad cuenta con diversos seguros contratados. Si bien, en audiencia de juicio de fecha veinte de junio del dos mil veinticinco, en el desahogo de la prueba confesional a cargo de la parte actora la misma aceptó tener contratados otros seguros de vida, transcribiéndose dicha confesión, en su parte que interesa, para ilustración: “**apoderado legal de la parte demandada:** ¿cuenta con seguros similares al contratado con [REDACTED] con otras instituciones? **contesta:** sí, afirmativo así es, si he celebrado otros contratos de seguros; **apoderado legal de la parte demandada:** ¿con que aseguradoras?; **contesta:** con [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED]...”, tenemos que efectivamente la parte actora acepta tener contratados diversos seguros, sin embargo dicha

cuestión no le favorece en nada a la demandada para acreditar su negativa de pago, pues si bien dentro del cuestionario que alude, específicamente a foja 104 de autos, si se desprende que la parte actora negó la existencia de diversos seguros, nada acredita que los que si son aceptados hayan sido contratados previo al llenado de dicho cuestionario, esto es, la parte demandada no acredita las fechas en las que la parte actora contrató los diversos seguros y por ende no es presumible señalar que incurrió en falsas declaraciones, pues cabe la posibilidad que al momento de haber contratado la póliza que nos ocupa, aun no hubiera celebrado los diversos contratos de seguro; por ende, resulta improcedente la excepción opuesta por la demandada en este sentido y que denominó **EXCEPCION DE FALSAS DECLARACIONES ANTE LA ASEGURADORA**, pues no se acredito el argumento en la que la hace valer, aunado a que, en audiencia de juicio de fecha veinte de junio del dos mil veinticinco, la parte demandada se desistió de las diversas probanzas ofrecidas a cargo de las compañías de seguro [REDACTED], [REDACTED] compañía de seguros; [REDACTED] [REDACTED].B., y; Seguros [REDACTED], [REDACTED]. Grupo Financiero [REDACTED]; por ende, se reitera no se cuenta con fecha cierta para determinar el momento en el que la parte actora celebró los diversos contratos de seguros con las anteriores empresas, para determinar en su caso si se declaró con falsedad ante la empresa aseguradora, hoy demandada.

Sin que a este punto pase por alto esta Juzgadora la diversa negativa de pago que emite la demandada en fecha diecisiete de octubre del dos mil veintitrés, a foja 98, misma que hizo consistir en el hecho de que la accionante **tenía conocimiento que contaba con un trastorno psiquiátrico y que no lo declaró oportunamente**; sin embargo dicha negativa no fue materia del presente asunto, es decir no la hizo valer dentro de su contestación de demanda y por ende de proceder con su estudio ocasionaría un estado de indefensión al accionante, pues éste no tendría la oportunidad de refutar tal

argumento, ya que dicha negativa no fue materia de la Litis, ni de su contestación de demanda, resultando así improcedente la excepción que denominó **LAS QUE DERIVEN DEL ESCRITO DE CONTESTACION DE DEMANDA Y RESULTADO DE LAS PRUEBAS QUE SE OFRECEN**, pues en nada le favorece la misma ya que no mencionó, dentro de los presentes autos, tal argumento para justificar su negativa de pago.

No obstante, dentro de los hechos narrados, la accionante manifiesta que, anterior al diagnóstico que se le efectuó, nunca había tenido molestias ni se había realizado exámenes médicos que determinaran el comienzo de alguna enfermedad.

XVII.- En las relatadas condiciones, la actitud de la empresa demandada a negar el pago del seguro contratado a su beneficiario, bajo esas circunstancias enunciadas, no es fundado ni operante, porque primero no quedó fehacientemente comprobado que el asegurado haya realizado una conducta enunciada como excluyente conforme a las Condiciones Generales relativas al Contrato de Seguro. Por tanto, se está en el caso, que la empresa reo no justificó en el presente juicio la negativa dada a la parte actora, resultando así infundadas las diversas excepciones opuestas por la demandada que denominó **MUTATI LIBELI** y **PRECLUSION**, pues las mismas las hizo valer para efectos de que la parte actora no modificara los términos de la demanda entablada en el presente juicio ni los hechos o pretensiones, así como las pruebas ofertadas; lo anterior, con el fin de lograr destruir la acción intentada por el hoy actor, la cual, se reitera si quedó acreditada en autos y el la empresa aseguradora no logró comprobar sus excepciones para el pago de la suma amparada por concepto de invalidez total y permanente.

Por último, por cuanto a la prueba **Instrumental de Actuaciones**, que no es más que el nombre que en la práctica se ha dado a la totalidad de las pruebas recabadas en el juicio, cuyo análisis se agotó y como se advirtió y no le resulto

favorable a la parte demandada; tocante a la **Prueba Presuncional en su doble aspecto Legal y Humana**, y que se deriva de las mismas pruebas que existen en las constancias de autos, tampoco le beneficia, pues el resultado de los medios de convicción admitidos no le resultaron benéficos a la parte demandada como se analiza en este fallo, de manera que los hechos en que descansaban sus defensas fueron desvanecidos.

XVIII.- Por consiguiente, se determina que ha quedado comprobado en autos, la actualización del riesgo amparado (invalidez total y permanente), mismo que se describe en la póliza, y por tanto emerge la obligación de la empresa demandada a pagar la cantidad que ampara el siniestro ocurrido, y como consecuencia de ello lo procedente es **condenar a la demandada [REDACTED], [REDACTED]. DE [REDACTED], al cumplimiento total** de la póliza de seguros de número [REDACTED], de fecha once de mayo del dos mil veintitrés, con vigencia dicha fecha al once de mayo del dos mil cuarenta y tres, en los términos pactados; en la que figura como asegurado precisamente la parte actora en el presente juicio [REDACTED].

Y por ende también se impone **condenarla al pago del importe** por concepto de suma asegurada por la cantidad de **\$ [REDACTED] PESOS ([REDACTED])** a favor del asegurado [REDACTED], conforme a la materialización del riesgo amparado en la póliza contratada.

Así como también, se le **CONDENA** a la demandada al pago de los **intereses moratorios** legales que se hayan ocasionado desde que incurrió en mora y hasta su total solución en los términos del numeral 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.-

Así también procede **condenar** a la demandada al pago de la **indemnización por mora** en los términos del numeral **276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas**, al tenor del cual se consideran irrenunciables los derechos del

acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, misma que será cuantificable en ejecución de sentencia.

XIX.- COSTAS.- Asimismo con apoyo en lo dispuesto por el artículo 1084 del Código de Comercio, **no es procedente condenar** en gastos y costas a la pasiva procesal, toda que no se comprobó que actuare con temeridad o mala fe dentro del juicio.

Habida cuenta que la condena por vencimiento en los juicios mercantiles está reservada y prevista para los de carácter ejecutivo, tal y como se resolvió la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia al resolver la contradicción de tesis 126/2017, característica de la que no goza este procedimiento. Y también para el supuesto de haber sido condenado en dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive, por prolongar el juicio a una segunda instancia, sin lograr cambio alguno en los resolutivos, por lo que imponer la condena de vencimiento en los juicios orales mercantiles, implicaría contrariar el sistema legal establecido en el Código de Comercio, porque se impondría un supuesto extraño y no considerado por el legislador mercantil para fundar la condena en costas en esta clase de juicios al igual que ocurre en los juicios ordinarios.

Sostiene lo anterior, la siguiente tesis de la Época: Décima Época. Registro: 2016352. Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Jurisprudencia. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 52, Marzo de 2018, Tomo I. Materia(s): Civil. Tesis: 1a./J. █/2018 (10a.). Página: 923, de texto y rubro siguiente:

“COSTAS EN EL JUICIO ORAL MERCANTIL. NO PROCEDE LA APLICACIÓN SUPLETORIA DE ALGÚN ORDENAMIENTO PROCESAL PARA SU IMPOSICIÓN.

La interpretación sistemática y funcional de los artículos 1054, 1063, 1390 Bis, 1390 Bis-█, 1390 Bis-8, y 1081 a 1090 del Código de Comercio conduce a establecer que es inadmisibles acudir a la ley supletoria, sea el Código Federal de Procedimientos Civiles o la ley procesal local respectiva, para imponer condena en costas por vencimiento en los juicios orales mercantiles, ya que tal aplicación contraviene el sistema de condena en costas adoptado por el legislador mercantil en el

artículo 1084 del Código de Comercio, que es completo y suficiente para condenar o absolver sobre el pago de costas en toda clase de juicios mercantiles a partir de ciertos criterios que el legislador consideró justificados para imponer esa condena, fundados en el abuso en el ejercicio de los derechos ante los tribunales, sea por actuar con temeridad o mala fe, o bien, por ubicarse en ciertos supuestos objetivos relativos a hacer valer una acción o una excepción fundadas en hechos disputados, sin aportar prueba alguna; a pretender valerse de pruebas inválidas, como documentos falsos o testigos falsos o sobornados; a proponer acciones, defensas o excepciones, incidentes o recursos improcedentes; a llevar el litigio a una segunda instancia infructuosamente, o a resultar vencido en juicio ejecutivo. De lo que se advierte que la condena por vencimiento en los juicios mercantiles únicamente está prevista para los de carácter ejecutivo dada su naturaleza de procesos fundados en títulos que traen aparejada ejecución, que no son de cognición y desde su inicio se procede a la ejecución, o también para el supuesto de haber sido condenado en dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive, por prolongar el juicio a una segunda instancia sin lograr cambio alguno en los resolutive. De manera que imponer la condena por vencimiento en los juicios orales mercantiles implicaría contrariar el sistema legal a suplir, porque se impondría un supuesto extraño y no considerado por el legislador mercantil para fundar la condena en costas en esa clase de juicios, igual que ocurre en los juicios ordinarios en primera instancia.”

XX.- Por cuanto hace al reclamo del Impuesto al Valor Agregado, sobre los gastos y costas, al haber resultado improcedentes los mismos, se deberá absolver a la parte demandada del pago de este rubro.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, es de resolverse y se:

R E S U E L V E :

PRIMERO.- Ha sido **PROCEDENTE** la vía **ORAL MERCANTIL**, seguida en este juicio **ORAL MERCANTIL**, en la cual la parte actora [REDACTED] acreditó su acción y la parte demandada [REDACTED], [REDACTED]. **DE [REDACTED]**, quien produjo contestación y no justificó sus excepciones.-

SEGUNDO.- Consecuentemente, se **CONDENA** a la demandada [REDACTED], [REDACTED]. **DE [REDACTED]**, al cumplimiento total de la póliza de seguros de número [REDACTED], de fecha **once de mayo del dos mil veintitrés**, con vigencia de dicha fecha al once de mayo del dos mil cuarenta y tres.

Y por ende se CONDENA al pago del importe por concepto de suma asegurada por la cantidad de \$ [REDACTED] **PESOS** ([REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]) a favor del

asegurado [REDACTED], conforme a la materialización del riesgo amparado en la póliza contratada.

TERCERO.- Así como también, se le **CONDENA** a la demandada al pago de los **intereses moratorios** legales que se hayan ocasionado desde que incurrió en mora y hasta su total solución en los términos del numeral 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.-

Así también se **CONDENA** a la demandada al pago de la **indemnización por mora** en los términos del numeral **276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas**, al tenor del cual se consideran irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, misma que será cuantificable en ejecución de sentencia.

CUARTO.- Atento a los razonamientos expuestos en el Considerando correspondiente, **no** se hace especial condena en **gastos y costas** a cargo de la parte demandada con motivo de la tramitación de este juicio, y por ende se le **ABSUELVE** a la parte demandada del cobro de este rubro.

En consecuencia, se **ABSUELVE** de la prestación identificada como h), relativa al pago del impuesto al Valor Agregado sobre los gastos y costas.

QUINTO.- Tomando en consideración que en términos de lo dispuesto por los artículos 356 Fracción I y 357 del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la materia mercantil, esta Sentencia Definitiva queda firme por Ministerio de Ley; Se concede a la parte demandada [REDACTED], [REDACTED]. **DE [REDACTED]**, el termino de **SETENTA Y DOS HORAS** computados a partir del siguiente a aquel en que quede firme la presente resolución para que cumpla voluntariamente lo ordenado por la misma, en el entendido de que, en caso de no hacerlo se procederá además conforme a lo establecido por el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.-

SEXTO.- NOTIFÍQUESE.-

ASÍ, definitivamente juzgando lo resolvió y firma electrónicamente el **C. JUEZ DECIMOPRIMERO DE LO CIVIL ESPECIALIZADO EN MATERIA MERCANTIL, EVANGELINA ZAVALA FRANCO** por ante su C. Secretaria de Acuerdos, **LUZ DELFINA MONTAÑO MAYORAL** que autoriza y da fe, con fundamento en los artículos I, II, 2, 3 Fracción I, II, XIX, XX, XXV, XXX, 4 Fracción I, II, 11, 12, del Reglamento para el Uso del Expediente Electrónico y la Firma Electrónica Certificada del Poder Judicial del Estado de Baja California.-

En el número **15084** del Boletín Judicial de fecha **19-Septiembre-2025** se hizo la publicación de Ley.- CONSTE.-

En **23-Septiembre-2025** a las **12:00 horas**, surtió sus efectos la notificación anterior, publicada por el Número **15084** del Boletín Judicial de fecha **19-Septiembre-2025**.- CONSTE.-

PODER JUDICIAL
DE BAJA CALIFORNIA
VERSIONES PÚBLICAS