



AMPARO DIRECTO: D.C. 91/2025

QUEJOSA:

MAGISTRADA PONENTE: OSIRIS AYDDÉ GARCÍA TORRES

SECRETARIA: YOLANDA TORRES SÁNCHEZ

(COTEJÓ: YTS)

Ciudad de México. Sentencia del Décimo Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, correspondiente a la sesión ordinaria virtual de tres de diciembre de dos mil veinticinco.

V I S T O S para resolver los autos del juicio de amparo directo civil D.C. 91/2025, promovido por ***** por conducto de su apoderado *****, contra el acto que reclama del Juez Trigésimo Sexto de lo Civil de Proceso Oral de la Ciudad de México por considerarlo violatorio de los artículos 1, 14 y 16 constitucionales, consistente en la sentencia de cinco de noviembre de dos mil veinticuatro dictada en los autos del juicio oral mercantil *****; y,

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

RESULTANDO:

número de póliza *****, por la suma de ***** (*).
*** ***** ***** ***** *****).

Ahora bien, el uno de mayo de dos mil veintitrés, la contratante falleció por razón de cáncer metastásico y cáncer de estómago, acorde al acta de defunción *****. Por consiguiente ***** , hijo y beneficiario de la finada, gestionó el cobro de la póliza de seguro con *****

Sin embargo, mediante oficios de veintitrés de enero y uno de abril, ambos de dos mil veinticuatro, ***** negó la solicitud planteada por el beneficiario, con motivo de la omisión en que incurrió la asegurada finada, de declarar la enfermedad de dislipidemia que padeció desde al año dos mil veinte, previo al contrato de seguro.

SEGUNDO. Juicio oral mercantil. Por escrito electrónico ingresado el once de julio de dos mil veinticuatro en la Oficialía Virtual del Poder Judicial de la Ciudad de México, ***** , por propio derecho, demandó en la vía oral mercantil de ***** las siguientes prestaciones:

A) (sic) El pago de la indemnización a que hace referencia el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, debido a que la hoy demandada se negó a cumplir con el contrato de manera injustificada y sin mediar causa legal alguna.



B) El pago de Intereses moratorios causados sobre el monto de la suma asegurada, conforme a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, desde el tiempo que se debió de haber pagado, de acuerdo a la solicitud realizada por el suscripto, hasta la fecha en que sea totalmente cubierta.

C) El pago de gastos y costas que se generen con la tramitación de esta instancia.

TERCERO. Prevención y admisión de la demanda. De la demanda correspondió conocer al Juez Trigésimo Sexto de lo Civil de Proceso Oral de la Ciudad de México, la registró con el expediente ***** y por auto de nueve de agosto de dos mil veinticuatro, previno al actor para que exhibiera copia legible del oficio de veintiocho de octubre de dos mil veintitrés y copias suficientes del desahogo de la prevención.

Una vez desahogada la prevención, por acuerdo de veinte de agosto de dos mil veinticuatro, se admitió a trámite la demanda y ordenó emplazar a la demandada.

CUARTO. Contestación a la demanda. Mediante escrito presentado el dos de octubre de dos mil veinticuatro, ante la Oficialía de Partes Común para Juzgados y Salas del Poder Judicial de la Ciudad de México,

***** dio contestación a la demanda instaurada en su contra en la que opuso las excepciones y defensas que a su derecho estimó convenientes.

QUINTO. Sentencia definitiva. Seguido el juicio por su

trámite legal, el juez natural dictó sentencia definitiva el cinco de noviembre de dos mil veinticuatro en la que, conforme a las condiciones generales del contrato de seguro determinó que la demandada renunció a la rescisión del contrato una vez transcurridos dos años desde su celebración aun ante la existencia de la omisión o

inexacta declaración de la asegurada; sin que la petición de documentos por la aseguradora, interrumpiera el plazo acordado de dos años para tener por actualizada la indisputabilidad del contrato de seguro, puesto que éste sólo se actualiza con la notificación de la terminación del contrato.

En esa virtud, concluyó con los siguientes puntos resolutivos:

“PRIMERO. Se condena a ***** , al cumplimiento forzoso del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro número *****, respecto a la cobertura denominada: "BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO (BAS)".

SEGUNDO. Se condena a *****, a pagar a ***** la cantidad de *****, por concepto de indemnización por la cobertura denominada: "BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO (BAS)", más las indemnizaciones previstas en la fracción I del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en los términos precisados en la parte final del considerando I de esta resolución.

TERCERO. Para el pago de las condenas impuestas se conceden cinco días hábiles a ***** * *****, contados a partir del día siguiente a aquél en el que la presente resolución sea legalmente ejecutable, en el entendido de que de no cumplir voluntariamente con las mismas se procederá en términos de lo previsto en los artículos 276, fracción IX, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

CUARTO. No se impone condena en costas.”

SEXTO. Admisión de la demanda de amparo directo.

Contra la anterior determinación, *****

***** por conducto de su apoderado *****

***** promovió el presente juicio de amparo, que por razón de turno correspondió conocer a este tribunal y por acuerdo de presidencia de veinticuatro de enero de dos mil veinticinco, se admitió a trámite la demanda y ordenó notificar por lista al servidor público dependiente de



la Fiscalía General de la República adscrito, quien no formuló pedimento.

SÉPTIMO. Turno. En auto de veinticuatro de febrero de dos mil veinticinco, se ordenó turnar el asunto a la ponencia de la magistrada María Dolores C. Igareda Diez de Sollano, para la elaboración del proyecto correspondiente.

OCTAVO. Retorno. Mediante oficios SEADS/1813/2025, SEADS/1952/2025, SEADS/2066/2025 y SEADS/2492/2025 de diecinueve y veintiséis de mayo, cuatro y veinticinco de junio, todos del año dos mil veinticinco respectivamente, fueron acordadas las prórrogas del diecinueve de mayo hasta el treinta y uno de agosto del presente año, por las que el Secretario Técnico AA de la Comisión de adscripción, Encargado del Despacho de la Secretaría Ejecutiva de Adscripción del Consejo de la Judicatura Federal, informó que la Comisión de Adscripción del Consejo de la Judicatura Federal en sesiones ordinarias designó al licenciado Hiram Casanova Blanco, como secretario en funciones de magistrado, en sustitución de la magistrada María Dolores Concepción Igareda Diez de Sollano, con motivo de su renuncia.

Por consiguiente mediante acuerdo de veintiuno de mayo de dos mil veinticinco, el asunto fue returnado al secretario en funciones de magistrado licenciado Hiram Casanova Blanco para efectos de elaborar el proyecto de resolución respectivo.

NOVENO. Nueva integración y retorno. El catorce de septiembre de dos mil veinticinco, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el **Acuerdo General del Pleno del Órgano de Administración Judicial por el que se adscriben a las personas electas en el Proceso Electoral Extraordinario a diversos cargos**

del Poder Judicial de la Federación 2024-2025, asimismo, se comisionan, reubican y readscriben, a personas funcionarias de los Órganos Jurisdiccionales, se designan y, en su caso, prorrogan a personas secretarias en funciones de Personas Juzgadoras -AG-POAJ-008/2025-.

Por su parte, el Secretario Ejecutivo de Adscripción del Órgano de Administración Judicial emitió el **AVISO GENERAL** de fecha quince de septiembre del año en curso, en el que informó que a partir del **dieciséis de septiembre de dos mil veinticinco**, los órganos jurisdiccionales del Poder Judicial de la Federación quedarán integrados conforme al referido acuerdo general publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Lo anterior, para que las adscripciones, comisiones, reubicaciones, readscripciones, designaciones y/o prórrogas de nombramientos de titulares sean informadas a las partes en los expedientes que se encuentren radicados ante cada uno de los órganos jurisdiccionales del Poder Judicial de la Federación, a efecto de garantizar el principio de justicia imparcial previsto en el segundo párrafo del artículo 17 de la Constitución General, y se elaboren los acuerdos correspondientes.

Con base en ello, desde la fecha indicada, este tribunal colegiado está integrado por el magistrado Rómulo Amadeo Figueroa Salmorán, presidente, la magistrada Osiris Ayddé García Torres y el magistrado Óscar Fernando Hernández Bautista.

Por consiguiente, por acuerdo de dieciocho de septiembre de dos mil veinticinco, se ordenó **returnar** el asunto a la ponencia de la magistrada Osiris Ayddé García Torres, para la elaboración del proyecto correspondiente.



DÉCIMO. Lista y sesión. El asunto se listó el veintisiete de noviembre de dos mil veinticinco y en esa fecha se circuló el proyecto de resolución para sesión ordinaria virtual de tres de diciembre siguiente.

CONSIDERANDO:

PRIMERO. Competencia. Este Décimo Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito es competente para resolver el presente juicio de amparo directo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 103, fracción I, y 107, fracciones V, inciso c), y VI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 34 de la Ley de Amparo; 31, 35, fracción I, inciso c), 36, 210 y 211 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación. Lo anterior, porque se promueve contra una resolución que de carácter definitiva, dictada por una autoridad jurisdiccional en materia civil con residencia en la Ciudad de México.

SEGUNDO. Oportunidad en la presentación de la demanda. En el caso, la demanda de amparo fue presentada dentro del plazo de quince días previsto por el artículo 17 de la Ley de Amparo como se muestra en el siguiente recuadro:

Acto reclamado:	5 de noviembre de 2024
Fecha de notificación:	5 de noviembre de 2024
Surtió efectos:	6 de noviembre de 2024
Plazo para promover amparo:	Del 7 al 29 de noviembre de 2024
Fecha de presentación de la demanda:	28 de noviembre de 2024
Días inhábiles:	9, 10, del 16 al 18, 20, 23 y 24 de noviembre de 2024

TERCERO. Consideraciones previas. Colmados los aspectos formales en el presente asunto, se procede a su estudio, para lo cual, la magistrada relatora entrega a los integrantes de este tribunal, adjunto al proyecto respectivo, copia del escrito de la demanda de amparo así como la sentencia reclamada; agregándose copia certificada de esta última a los autos del expediente en que se actúa.

CUARTO. Acto reclamado. La existencia del acto reclamado se encuentra debidamente acreditada con el informe rendido por la autoridad responsable.

QUINTO. Conceptos de violación. No se transcribirán la sentencia reclamada ni los conceptos de violación hechos valer por la parte quejosa, toda vez que no existe disposición legal que obligue a este tribunal a incluir el contenido literal de esos documentos para su análisis en el presente fallo.

Sirve de apoyo a lo anterior la Jurisprudencia 2a./J. 58/2010, de rubro: “CONCEPTOS DE VIOLACIÓN O AGRAVIOS. PARA CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS DE CONGRUENCIA Y EXHAUSTIVIDAD EN LAS SENTENCIAS DE AMPARO ES INNECESARIA SU TRANSCRIPCIÓN.”¹

¹ De la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con registro 164618, visible en la página 830, Mayo de 2010, Tomo XXXI, Novena Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, de texto: *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 constitucionalidad que efectivamente se hayan hecho valer."*



La parte quejosa expresó los conceptos de violación que constan en la demanda de amparo, que obran de fojas 14 a 35 del expediente en que se actúa.

SEXTO. Estudio. Con fundamento en el artículo 76 de la Ley de Amparo, el estudio de los conceptos de violación se llevará a cabo de manera conjunta.

Alega la quejosa que el juez responsable emitió una sentencia totalmente incongruente con las constancias de autos y con la litis del juicio, ya que dejó de valorar todos y cada uno de los medios de prueba aportados por la demandada para acreditar la procedencia de la acción intentada en el juicio, lo que trascendió al resultado del fallo.

Refiere la propia aseguradora demandada, aquí quejosa, que negó el pago de la suma asegurada a la parte actora, tomando en consideración que jamás fue informada de los padecimientos que aquejaban a la asegurada al momento de la contratación del seguro, cuando tenía pleno conocimiento de ello, por lo que era indudable que la hoy quejosa no tuvo una correcta apreciación del riesgo a asegurar, pues ***** falleció de “cáncer metastásico y cáncer de estómago” y, del resumen clínico de catorce de noviembre de dos mil veintitrés, se desprende que la asegurada en el año dos mil veinte, llegó con diagnóstico de insuficiencia venosa, gastritis crónica y dislipidemia, sin hacer del conocimiento los padecimientos que le aquejaban al momento de la contratación del seguro.

Además, señala que actuó conforme a derecho y de acuerdo a la facultad que le confiere la ley, ya que los preceptos legales 47 y 48 de la ley sobre el contrato de seguro claramente facultan a la quejosa a rescindir de pleno derecho el contrato de seguro ante

cualquier omisión e inexacta declaración que hubiera realizado la asegurada al momento de responder el cuestionario y ante dichas omisiones fue que la peticionaria de amparo rescindió de pleno derecho el contrato de seguro.

Aduce que la autoridad responsable introdujo cuestiones ajenas a la litis al arrojar la carga de la prueba a la aseguradora demandada, al haber resuelto que ella tenía la obligación de investigar durante los dos primeros años los padecimientos que se omitieron, lo cual estima es irreal, ya que el juzgador pasó por alto que los expedientes clínicos cuentan con información personal que no puede ser entregada a cualquier persona, que incluso en la página que cita se puede apreciar que un expediente clínico contiene información personal delicada y que no puede ser entregada a cualquier persona, sin embargo, la autoridad responsable, pasó por alto esta situación y de forma endeble y con la única finalidad de beneficiar a una de las partes, le impuso una obligación inexistente.

Señala que la autoridad responsable omitió por completo valorar las omisiones e inexactas declaraciones por parte de la asegurada; las cuales ocurrieron al momento de contratar el seguro de vida, ya que ante el lamentable fallecimiento de la asegurada el uno de mayo de dos mil veintitrés, y dadas las circunstancias de la póliza del seguro, la aseguradora con fundamento en el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro, le requirió diversa información al beneficiario del seguro, parte actora en el juicio principal, el veintiocho de octubre de dos mil veintitrés en relación con el siniestro, a saber:

- 1.- Antecedentes patológicos del asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfuncionales, hospitalizaciones previas)
 - 2.- Fechas de diagnóstico (día, mes y año).



3.- Evolución y tratamiento de patologías.

4.- Incluir presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión.

Manifiesta, que para el día diecinueve de enero de dos mil veinticuatro, la quejosa recibió la diversa información requerida, siendo esto, el expediente clínico de fecha catorce de noviembre de dos mil veintitrés, del cual se desprende que la extinta asegurada en dos mil veinte, llegó con diagnóstico de insuficiencia venosa, gastritis crónica y dislipidemia y pese a ello, no informó de los padecimientos que le aquejaban al momento de la contratación del seguro el veintinueve de julio de dos mil veintiuno, así aduce que ante tal situación y conforme a la facultad que confiere la ley a la quejosa con fundamento en el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, rescindió de pleno derecho el contrato de seguro, en virtud de que la finada asegurada no informó de los padecimientos que le aquejaban al momento de la contratación del seguro, tal y como se acreditó con el anexo "5" que se adjuntó al escrito de contestación de demanda, en el cual consta el cuestionario de salud que fue declarado de forma negativa en todas sus preuntas:

“Cuestionario de salud

1. ¿Has tenido alguna enfermedad, padecimiento, afección o cirugía?
 2. En los últimos 10 años ¿Has estado hospitalizado o en urgencias por operación, tratamiento o te han practicado estudios de laboratorios y/o gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc. (excepto chequeo de rutina)?
 3. ¿Estás actualmente en seguimiento médico, tratamiento o consumes algún medicamento?
 4. ¿Has aumentado o disminuido más de 7 kilogramos de tu peso habitual en los últimos 12 meses?

5. En tu familia (padre, madre, hermanos o abuelos), ¿Hay casos de diabetes, infarto, cáncer, Alzheimer o Parkinson?

6. En más de 5 veces al año, ¿Haces uso de motocicleta, prácticas de automovilismo, vuelos no motorizados (paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor), o practicas caza, equitación, buceo, montañismo, lancha de motor, esquí de nieve, esquí acuático, corrida de toros o charrería u otro? o ¿tienes licencia de aviador o haces uso de aviación particular o helicóptero?

Para hipertensión, llenar el formato BV-1-017, para diabetes llenar el formato BV-1-018 y para otras enfermedades llenar el formato BV-1-020.”

Así precisa que derivado de lo anterior y tomando en consideración que la aseguradora no recibió la información completa para tener una correcta apreciación del riesgo a asegurar, fue que después de haber recibido el expediente clínico y al apreciar las omisiones e inexactas declaraciones, procedió a rescindir de pleno derecho el contrato de seguro, estando dentro de los treinta días que señala el artículo 48 de Ley Sobre el Contrato de Seguro y procedió a notificar de forma autentica la rescisión de dicho contrato el día veintitrés de enero de dos mil veinticuatro, sin embargo, para la autoridad responsable ninguna de estas actuaciones tuvo valor.

En ese sentido, refiere que se pueden apreciar las claras omisiones e inexactas declaratorias hechas por la asegurada al momento de responder el cuestionario de salud y que claramente se pudieron haber hecho del conocimiento de la demandada, aquí quejosa, sobre los padecimientos que le aquejaban y que ya habían sido diagnosticados un año antes de la contratación del seguro base del juicio natural; que lo anterior, se acreditó con el resumen médico entregado por el beneficiario a la quejosa, documento que aduce es totalmente ajeno a la quejosa y con el mismo se demuestra fehacientemente el conocimiento que tenía la asegurada de sus padecimientos; motivo por el cual no se puede poner en duda dicha situación, ya que la documental pública emitida por el Instituto



Mexicano del Seguro Social tiene plena validez en cuanto a la información detallada y que la responsable omitió por completo valorar correctamente esta situación.

De esta manera, concluye que la autoridad responsable no valoró correctamente la litis en el juicio principal, ya que sus consideraciones se encuentran basadas en cuestiones totalmente carentes de cualquier lógica jurídica, ya que el tema de indisputabilidad por la cual condenó a la quejosa la prolonga en el tiempo cuando el fallecimiento ocurrió el uno de mayo de dos mil veintitrés, fecha en la cual ya no puede continuarse con la vigencia del contrato de seguro, y que por obvias razones la quejosa no podía tener conocimiento de las omisiones e inexactas declaraciones hasta que tuviera en su poder el expediente clínico de la asegurada el cual únicamente podía ser entregado por el beneficiario del seguro.

Lo anterior, resulta **ineficaz** pues como de advierte de autos, el juez sí tomó en consideración todas y cada una de las pruebas aportadas en el juicio y, consideró que como lo hizo valer la demandada, la causa que motivó la resolución de la aseguradora, sí podría dar lugar a la rescisión del contrato, sin embargo, la misma no fue suficiente para desvirtuar la ilegal rescisión del contrato de seguro, como se desprende de lo siguiente:

Del acta mínima de audiencia de juicio de celebrada el cinco de noviembre de dos mil veinticuatro², por el juez responsable, se advierte el desahogo de las siguientes pruebas:

“Desahogo de Pruebas

PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA

² Visible a fojas 120 a 124 del expediente del Juicio Oral Mercantil 446/2024.

Documentales:

- Póliza de seguro emitida por ***** * ***** **** *
 - **** * ***** * *****
 - Copia certificada del acta de defunción número ***** a nombre de ***** * ***** * *****
 - Oficio de fecha 28 de octubre de 2023 emitido por ***** * ***** * *** * ***
 - Acuse del oficio original número ***** * ***** * ***** de fecha 8 de diciembre de 2023 que consta de copia resumen clínico a nombre de ***** * ***** * ***** emitido por el UMF N°7 del periodo del 2018, 2019, 2020, 2021 y marzo 2023 y copia certificada del expediente clínico a nombre de ***** * ***** * ***** emitido por el HGZ 32 del periodo del 23 y 27 de febrero, así como del mes de abril de 2023.
 - Dos copias simples de credenciales para votar a nombre de ***** * ***** * ***** * ***** Y ***** * *****
 - ***** * *****
 - Una copia simple del certificado de defunción *****

LA PRESUNCIONAL EN SU DOBLE ASPECTO LEGAL Y HUMANA Y LA INSTRUMENTAL DE ACTUACIONES

Los cuales quedaron desahogados por su propia y especial naturaleza.

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDADA

- Póliza de seguro número *****.
 - Resumen clínico de fecha 14 de noviembre de 2023.
 - Carta de rescisión de fecha 23 de enero del 2024.
 - Notificación de la rescisión del contrato de fecha 23 de enero del 2024.



- *Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual Próvida bajo la póliza ******
 - *Solicitud de contratación del seguro de vida base de la acción de fecha 29 de julio de 2021.*
 - *Solicitud de pago de fecha 26 de octubre de 2023*

LA PRESUNCIONAL EN SU DOBLE ASPECTO LEGAL Y HUMANA Y LA INSTRUMENTAL DE ACTUACIONES

Los cuales quedaron desahogados por su propia y especial naturaleza.

CONFESIONAL: A cargo del GABRIEL ROBERTO QUIROZ MACAL, la cual se tuvo por desahogada conforme al interrogatorio que le realizó la parte demandada, tal y como se advierte de la videogramación de la presente audiencia. (...)".

De lo anterior, se advierte que fueron desahogadas todas las pruebas aportadas en el juicio.

Asimismo, al respecto, el juez responsable determinó que como lo hizo valer la demandada, la causa que motivó la resolución de la aseguradora, sí podría dar lugar a la rescisión del contrato, por lo siguiente:

- ✓ Señaló que del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro³, se observa que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pudieran influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato la proponente del seguro, facultan a la aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato; aunque no hayan influido en la realización del siniestro.
 - ✓ Adujo que en el caso, la aseguradora manifiesta que la asegurada **** en el dos mil veinte tuvo un

³ **Artículo 47.** Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."

diagnóstico de insuficiencia venosa, gastritis crónica y dislipidemia, que no informó en la contratación del veintinueve de julio del dos mil veintiuno, al llenar el cuestionario de salud.

- ✓ Así, estimó que a su juicio esa causa sí podría dar lugar a la rescisión del contrato de seguro, ya que es anterior a la celebración del contrato y era conocida por la asegurada, puesto que en las constancias de su expediente clínico se observa que se le dictaminaron el doce de marzo del dos mil veinte, con motivo de consulta médica a la que acudió, y podía influir en las condiciones convenidas; posiblemente en el monto de la prima.
 - ✓ Sin que fuera relevante lo que sostiene el actor, en cuanto a que la dislipidemia no se relacionó con la causa de la muerte de la asegurada, debido a que, conforme a la última parte de la norma antes transcrita que establece: "**... aunque no hayan influido en la realización del siniestro.**", el hecho omitido o inexactamente declarado puede incluso no influir en la actualización del siniestro, y dar mérito a la rescisión.
 - ✓ Más aún que en el caso el riesgo amparado era la muerte de la asegurada, por lo que cualquier enfermedad o padecimiento que pudiera mermar su salud debió haberse hecho del conocimiento de la aseguradora para que lo evaluara en la contratación del seguro, y pudiera en su caso, negar el aseguramiento o bien ajustar el monto de la prima.
 - ✓ Por lo que **concluyó que la omisión en que incurrió la asegurada sí podría dar mérito a la rescisión.**

En ese sentido, este Tribunal Colegiado considera que el argumento que hace valer la quejosa, tendiente a acreditar que no se valoraron las pruebas en el juicio, así como, que la asegurada no hizo de su conocimiento los padecimientos que le aquejaban al momento de la contratación del seguro materia del juicio principal, resulta **ineficaz**; porque dicha afirmación sí fue aceptada por el juez de origen como una posible causa de rescisión de contrato, no obstante, fue insuficiente para reconocer la legalidad de la misma, pues al respecto concluyó que la rescisión ya no era posible atendiendo a la



⁴ indisputabilidad del contrato⁴, lo cual no logró ser desvirtuado por la

⁴ Foja 131 a 133 del expediente del Juicio Oral Mercantil *****: "En el caso la aseguradora manifiesta que la asegurada ***** en el 2020 tuvo un diagnóstico de insuficiencia venosa, gastritis crónica y dislipidemia, que no informó en la contratación del 29 de julio del 2021, al llenar el cuestionario de salud.

A juicio del suscripto esa causa sí podría dar lugar a la rescisión del contrato de seguro, ya que es anterior a la celebración del contrato, era conocida por la asegurada, puesto que en las constancias de su expediente clínico se observa que se le dictaminaron el 12 de marzo del 2020, con motivo de consulta médica a la que acudió, y podía influir en las condiciones convenidas; posiblemente en el monto de la prima.

Sin que sea relevante lo que sostiene el actor, en cuanto a que la dislipidemia no se relacionó con la causa de la muerte de la asegurada, debido a que, conforme a la última parte de la norma antes transcrita que establece: "aunque no hayan influido en la realización del siniestro.", el hecho omitido o inexactamente declarado puede incluso no influir en la actualización del siniestro, y dar mérito a la rescisión.

Más aún que en el caso el riesgo amparado era la muerte de la asegurada, por lo que cualquier enfermedad o padecimiento que pudiera mermar su salud debió haberse hecho del conocimiento de la aseguradora para que lo evaluara en la contratación del seguro, y pudiera en su caso, negar el aseguramiento o bien ajustar el monto de la prima.

En ese sentido, el suscripto considera que la omisión en que incurrió la asegurada sí podría dar mérito a la rescisión.

La rescisión fue o no legal y, en su caso, da mérito o no a eximir a la aseguradora del pago de la indemnización.

A juicio del suscripto la rescisión no fue legal y además no puede dar mérito a que se exima a la aseguradora de pagar la indemnización que se le reclama.

En efecto, como bien sostiene el actor al desahogar la vista con la contestación a la demanda, la rescisión ya no era posible atendiendo a la indisputabilidad del contrato.

Así es, el artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece lo siguiente:
"A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

rescindir el contrato en los siguientes casos:

1. Si la empresa provocó la omisión o impugnó declaraciones

I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración:

II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado:

III. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;

IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;

v.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos."

De la norma transcrita se aprecia que la aseguradora no podrá rescindir el contrato, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, entre otros supuestos, cuando la aseguradora

omisión o inexacta declaración de los hechos, entre otros supuestos, cuando la aseguradora renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa.

En el caso concreto, la aseguradora exhibió al contestar la demanda las condiciones generales aplicables al contrato de seguro, las cuales prueban plenamente en su contra como lo dispone el artículo 1198 del Código de Comercio, de las cuales se advierte que en el apartado cinco, denominado cláusulas generales, en el numeral 5.11 se convino la indisputabilidad del contrato, en los términos siguientes:

"Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual MetLife se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo, por lo que transcurrido dicho plazo MetLife renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el Asegurado."

el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el Asegurado. Asimismo, si con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el Asegurado presenta pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de Suma Asegurada, dicho incremento será indisputable después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en el párrafo anterior."

Del texto transcrita se aprecia que la aseguradora renunció a su derecho de rescindir el contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones después de dos años contados a partir de la fecha de inicio de la póliza o de su última rehabilitación.

En el caso concreto, no hubo rehabilitación de seguro, por lo que los dos años para que la aseguradora pudiera rescindir el contrato de seguro transcurrieron desde la fecha de inicio de la póliza, que fue el 1 de octubre de 2021, y hasta el 1 de octubre de 2023, por lo que, si el contrato se decidió rescindir el 23 de enero de 2024, la rescisión no es legal, ya que se hizo cuando ya

parte demandada.

Por otra parte, es **infundado** el argumento que hace valer la quejosa en el sentido de que el juez responsable introdujo cuestiones que no fueron materia de litis, ocasionando que se hubiera dejado en estado de indefensión a la quejosa, al no haber podido controvertir o defender sus derechos durante el procedimiento del juicio natural, como lo es, **la introducción de la indisputabilidad** establecida en las condiciones generales del seguro, aun cuando en ningún momento fue defensa de la parte actora y mucho menos se hizo mención a lo largo del procedimiento; aunado al hecho de que la autoridad aplicó el artículo 50 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, bajo la consideración de que la quejosa renunció al derecho a la rescisión del contrato de seguro por venir establecido en las condiciones generales del seguro.

Lo anterior, porque como se advierte de autos⁵, en el escrito presentado ante la Oficialía de Partes del Juzgado Trigésimo Sexto Civil de Proceso Oral del Tribunal Superior de Justicia de la Civil de México, la parte **actora desahogó la vista que se le mandó dar con las excepciones y defensas** opuestas por la demandada, y al respecto señaló lo siguiente:

“14. La excepción referida en el numeral XIV del escrito de contestación de demanda, es notoriamente improcedente, ya que como se afirmó con anterioridad, no se entregaron las condiciones generales de dicho contrato a la Asegurada y una simple leyenda de que se podían consultar en medios electrónicos, no constituye prueba fehaciente de su entrega y explicación, mucho menos que sea el medio idóneo de comunicación para una persona que en el momento de la

había operado la renuncia de la aseguradora al derecho a rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones al momento de la contratación.
Por lo tanto, tal recisión no produce efecto legal alguno.”

⁵ Foja 108 del expediente del Juicio Oral Mercantil *****.



contratación ya pertenecía a la tercera edad, por lo cual no puede ser oponible a la Asegurada, quien ya falleció, considerándose incluso este actuar de no entregar deliberadamente las condiciones de contratación, como un acto ventajoso por parte de la aseguradora en contra de una persona vulnerable.

Sin embargo, este argumento, aún doloso y que no es claro ni específico en qué pretende demostrar, es contrario a los propios intereses de la aseguradora demandada, ya que el supuesto periodo de indisputabilidad es de dos años y en el cual ***** (hoy demandada), renuncia expresamente al derecho de reclamar omisiones o inexactas declaraciones del asegurado, periodo que venció, según la fecha de inicio de la vigencia (01 de octubre del año 2021), el día 30 de septiembre del año 2023, cuando incluso hay confesión expresa de la parte demandada que la solicitud de pago del Suscrito, fue el 26 de octubre del año 2023, por lo cual transcurrió en exceso dicho periodo y la supuesta rescisión se ejecutó fuera de ese periodo por causas a las que ya había renunciado la Aseguradora demandada.

[...]"

Así, de lo anterior se advierte que el argumento de indisputabilidad no se introdujo de manera oficiosa por el juez responsable, como lo aduce la quejosa en su demanda de amparo, sino quien lo hizo valer en el juicio de origen fue la parte actora al desahogar la vista que se le dio con las excepciones, de ahí lo procedente es desestimar dicho argumento.

Finalmente, este Tribunal Colegiado estima que resultan **infundados** los siguientes argumentos:

- El juzgador fundó la condena bajo la consideración de que la demandada renunció al derecho de rescindir el contrato de seguro, ya que al haber transcurrido dos años desde la celebración del contrato o hasta su última rehabilitación del seguro se vuelve indisputable, no obstante, dicha consideración es totalmente errónea e infundada, tomando en consideración que el contrato de seguro ya no estaba vigente y no podía continuar la contabilización del plazo de dos años para que se volviera

indisputable el contrato de seguro para la quejosa, por omisiones e inexactas declaraciones, situación que el juez responsable no valoró correctamente y dicha omisión trascendió para el resultado del fallo.

- La autoridad responsable decidió de manera incongruente que la quejosa contaba hasta el uno de octubre de dos mil veintitrés para rescindir el contrato de seguro; sin embargo, para esa fecha el contrato de seguro ya no estaba vigente al haber concluido el mismo con el fallecimiento de la asegurada (siniestro) y, por ende, y por obvias razones ya no puede continuar computándose el plazo de dos años para que el seguro de vida materia del juicio principal fuera indisputable para la quejosa, toda vez que el seguro ya no podría continuar generando derechos u obligaciones para ninguna de las partes, pues ante el fallecimiento de la asegurada el contrato de seguro de igual forma concluye sus efectos.
 - La consideración expuesta por la autoridad responsable es totalmente errónea ya que dicho argumento es contrario a la ley y/o a cualquier lógica jurídica, ya que pretende aplicar las condiciones generales del seguro, aun cuando el seguro concluyó con el lamentable fallecimiento y, por tanto, no puede ser aplicable que la supuesta renuncia hubiera generado sus efectos.
 - La responsable pasó por alto el hecho de que la temporalidad de dos años no trascurrió tomando en cuenta que la vigencia del contrato de seguro fue menor a esta temporalidad por causas totalmente ajenas a la quejosa y, por tanto, fue infundada la aplicación de la fracción IV, del artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
 - El juzgador interpretó de forma incorrecta el contrato de seguro, las condiciones generales del seguro y por ende, la aplicación de la fracción IV, del precepto legal del artículo 50 sobre la ley del contrato de seguro, ya que en ningún momento la quejosa renunció al derecho que le confiere la ley para que el contrato de seguro materia del juicio principal se volviera indisputable por omisiones e inexactas declaraciones.
 - El juez responsable se extralimitó de sus facultades y decidió de manera infundada e incongruente arrojar la carga de la prueba a la quejosa, bajo hechos personalmente ajenos, resolviendo que la misma podía “...realizar **investigaciones de omisiones o inexactas declaraciones al momento de la contratación, en el periodo de dos años a partir del inicio de la póliza, ya que esa facultad de investigación no se sujetó a condición alguna,**



por lo que en tal periodo la aseguradora podía hacer las investigaciones que estimara pertinentes, sin que el requerimiento de documentos que realizó interrumpiera tal plazo, debido a que ello no está contemplado en la ley, ni en las condiciones generales del contrato de seguro...".

- Es totalmente incongruente dicha determinación, ya que el contrato del seguro de vida se adquiere bajo el principio de buena fe, esto es, no puede poner en duda la información que le fue proporcionada al momento de la contratación del seguro y si la asegurada informó al momento de la contratación del seguro que no contaba con ningún padecimiento, la quejosa en ese momento aceptó la propuesta y bajo esa premisa fue que se estableció la prima a cubrir.
 - La demandada no puede fungir como investigador de todos los asegurados que contrataron un seguro de vida para saber si fue veraz o no la información que proporcionaron, siendo absurda la consideración del juzgador al tratar de imponer una obligación de investigar datos clínicos de otra persona; que en la página de gobierno <https://www.gob.mx/salud/hraepy/acciones-y-programas/informacion-del-expediente-clinico>, se establece que todas las personas pueden tener acceso a dicha información es evidente que la quejosa no puede solicitar la misma, y que la autoridad pasó por alto analizarlo en su resolución, ya que esta información de dominio público es un hecho notorio que omitió por completo valorar.
 - Es indudable que la autoridad responsable no puede arrojar la carga de la prueba a la quejosa ya que el contrato de seguro insiste, se rige por el principio de buena fe.
 - La determinación de la autoridad responsable es absurda e irracional, demostrando la clara parcialidad para una de las partes y que afecta gravemente los derechos de la quejosa al no contar con los principios de seguridad y certeza jurídica, ya que el acto reclamado en todo momento careció de la objetividad y certeza jurídica que toda resolución debe tener, ya que la litis en el juicio principal se basó expresamente en acreditar por parte de la quejosa:
 - ✓ Las omisiones e inexactas declaraciones por parte de la asegurada al momento de la contratación del seguro de vida materia del juicio. Al respecto, refiere que se acreditó con la exhibición original de la solicitud de contratación de veintinueve de julio de dos mil veintiuno, que se adjuntó como anexo “5” al escrito de contestación de demanda.

- ✓ Que la asegurada tenía pleno conocimiento de sus padecimientos. Al respecto, refiere que se acreditó con el expediente clínico que entregó la parte actora en el juicio principal a la quejosa el diecinueve de enero de dos mil veinticuatro, expediente donde se encuentra que la asegurada en marzo de dos mil veinte, contaba con diagnóstico de insuficiencia venosa gastritis crónica y dislipidemia e incluso con tratamiento para dichos padecimientos.
 - ✓ Que una vez que la quejosa tuvo conocimiento de esas omisiones e inexactas declaraciones, rescindió el contrato de seguro. Al respecto, refiere que el veintitrés de enero de dos mil veinticuatro, la quejosa emitió carta que contiene la rescisión del contrato de seguro.
 - ✓ Que notificó de forma fehaciente dentro de los treinta días siguientes a que se tuvo conocimiento de las omisiones e inexactas declaraciones. Al respecto aduce que el veintitrés de enero de dos mil veinticuatro, la quejosa notificó de forma fehaciente al actor en el juicio principal la rescisión del contrato de seguro, estando dentro del término de treinta días en que se tuvo conocimiento de las omisiones e inexactas declaraciones.

Dichos argumentos como se adelantó resultan **infundados** por lo siguiente:

El artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prevé:

“Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.”

Como se observa este precepto establece con claridad que, la aseguradora cuenta con un plazo de **treinta días naturales** siguientes a la fecha en la que tiene conocimiento de las falsas declaraciones del asegurado, para comunicarle en forma auténtica la rescisión del contrato de seguro.



Ahora bien en una interpretación lógica y funcional de este precepto, debe entenderse que en caso de que la aseguradora no ejerza este derecho en el plazo concedido para tal efecto, pierde la posibilidad de hacerlo con posterioridad, en atención al principio de preclusión procesal, el cual implica la extinción de un derecho precisamente por no ejercerlo en los plazos que prevé la ley para tal efecto.

Asimismo tal interpretación, tiene su base en el principio de buena fe, pues si la aseguradora no declara dicha rescisión, a pesar de enterarse de las falsas declaraciones, y deja que el contrato continúe surtiendo sus efectos, incluso recibiendo las primas correspondientes, lleva a la conclusión de que tales faldades no las consideró de relevancia, para continuar con la vigencia del contrato, por lo que en atención al referido principio de buena fe, no es factible que con posterioridad oponga dichas situaciones para negarse al pago del seguro.

Lo cual deja en evidencia, que contrariamente a lo que sostiene la quejosa, la referida disposición no contiene una situación optativa para la aseguradora, pues en caso de no ejercerla en el tiempo concedido para tal efecto, es evidente que pierde su oportunidad para hacerlo en otro momento posterior.

Apoya lo anterior, en lo conducente, la tesis emitida por la extinta Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de rubro y texto siguiente:

“SEGURO, CONTRATO DE. RESCISIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA. El artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro autoriza a la compañía aseguradora a rescindir unilateralmente el contrato de seguro, en casos de omisión o de

inexacta declaración del asegurado; pero dicha rescisión unilateral sólo opera y surte efectos si la compañía comunica en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la omisión o inexacta declaración, según lo dispone el artículo 48 de la ley en consulta. Y de la interpretación sistemática y jurídica de dicho precepto, en relación con los artículos 50, fracción IV, y 58, fracción III, del mismo ordenamiento, se desprende que si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende renunciado tácitamente el derecho que la ley le concede para rescindir el contrato por esas causas, dado que la ley señala término para ejercitar ese derecho, cuya eficacia queda sujeta a la condición de que se comunique en forma auténtica al asegurado, y la misma ley permite la posibilidad de renunciar, expresa o tácitamente, al derecho de rescisión.¹⁶ (énfasis añadido)

Ahora bien, por su parte la fracción IV, del artículo 50, de la de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prevé:

“Artículo 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;

II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado:

III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado:

IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa:

V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos ”

De dicha porción normativa se advierte que a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato **si la empresa renunció al derecho de**

⁶ De la Tercera Sala, con número de registro 241565, visible a página 43, volumen 71, cuarta parte séptima época. Semanario Judicial de la Federación.



rescisión del contrato por esa causa.

Asimismo, resulta necesario precisar lo dispuesto en el Apartado cinco, denominado “**Cláusulas generales**”, en su numeral **5.10**, de las condiciones generales aplicables al contrato de seguro, exhibidas por la demandada en su escrito de contestación de demanda, que al respecto precisa:

“5. Apartado cinco-Cláusulas generales

[...]

5.10. Omisiones o inexactas declaraciones

*El Asegurado está obligado de declarar por escrito a ***** todos los hechos importantes indicados en la solicitud, examen médico y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a ***** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato aunque no hayan influido en la realización del siniestro.*

Además, también resulta necesario precisar lo señalado en el apartado cinco, denominado cláusulas generales, en su numeral 5.11, se pactó lo siguiente:

“5.11. Indisputabilidad. Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual ***** se reserva el derecho a investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo por lo que transcurrido dicho plazo ***** renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato de omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el Asegurado.

Asimismo, si con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el asegurado presenta pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de

Suma Asegurada, dicho incremento será indisputable después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en la párrafo anterior.”

De lo anterior se advierte que, como bien lo determinó el juez responsable, la aseguradora demandada sí tenía la posibilidad de considerar rescindido de pleno derecho el contrato, ello al no haber declarado la asegurada al llenar el cuestionario de salud, en la contratación del veintinueve de julio de dos mil veintiuno, un hecho importante como lo es que en dos mil veinte tuvo un diagnóstico de insuficiencia venosa, gastritis crónica y dislipidemia, tal como lo prevé el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, como lo sostuvo el Juez responsable, de la valoración de las pruebas aportadas en el juicio, se advierte que en las condiciones generales aplicables al contrato de seguro, específicamente en el apartado cinco, denominado cláusulas generales, en su numeral 5.11, las partes se pactaron que:

- ✓ El contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación.
 - ✓ Durante el plazo de esos dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, la demandada se reservaba el derecho a investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo.
 - ✓ Una vez transcurrido ese plazo de dos años ***** renunció al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el Asegurado.
 - ✓ Asimismo, si con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el asegurado presenta pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de Suma Asegurada, dicho incremento será indisputable después de



transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en la párrafo anterior.

En efecto, como se concluyó en el acto reclamado el plazo para que la aseguradora pudiera rescindir el contrato transcurría del uno de octubre de dos mil veintiuno –fecha de inicio de vigencia de la póliza- y hasta el uno de octubre de dos mil veintitrés; por lo que si el contrato se pretendió rescindir el veintitrés de enero de dos mil veinticuatro, tal como lo determinó el juez responsable, lo procedente es declararse ilegal dicha rescisión al actualizarse la indisputabilidad del contrato, de donde deriva la ineficacia de sus argumentos.

Además de lo anterior, resulta **infundada** la manifestación de la responsable en el sentido de que el contrato de seguro ya no podría continuar generando derechos u obligaciones para ninguna de las partes, ya que ante el fallecimiento de la asegurada el contrato de seguro concluye sus efectos.

Lo anterior, pues en el caso se trata de un seguro de vida, por lo que la suma de dinero, importe del contrato en cuestión, es un bien que precisamente nace con la muerte del titular, cantidad a la que el o los señalados beneficiarios tienen derecho, por lo que no puede pretender que con la muerte del asegurado el mismo concluya sus efectos.

Además, como se desprende del contrato de póliza de seguro de vida número *****, contratado por *****, por la cantidad acordada de ***** (****, radicada en ****, base de la acción, la misma tiene una vigencia de veintinueve años contados a partir de su emisión, esto es, se fijó como el fin de su vigencia el uno de octubre de dos mil cincuenta.

Al respecto se cita de manera ilustrativa la Tesis: I.6o.C.211 C⁷, de rubro y texto siguientes:

“CONTRATO DE SEGURO, NOTIFICACIÓN DE RESCISIÓN UNILATERAL DEL, POR OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DEL ASEGURADO, CUANDO ÉSTE HA FALLECIDO. Si bien el artículo 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, dispone que para que opere y surta efectos la rescisión unilateral del contrato de seguro, es necesario que la compañía aseguradora comunique en forma auténtica a su contraparte dicha rescisión, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la omisión o inexacta declaración de aquél, también es verdad que si la primera conoce del vicio con posterioridad al fallecimiento de su cliente, es imposible notificarle en los términos del aludido numeral, dado que tal precepto contempla en todo caso el supuesto de que el contratante viva y como no existe disposición alguna de la ley que obligue a dar a conocer la rescisión al albacea o interventor de la sucesión, correcto es entonces que se notifique a su o a sus beneficiarios, en razón de que se está en presencia de un seguro de vida y la suma de dinero, importe del contrato en cuestión, es un bien que nace con la muerte del titular, cantidad a la que el o los señalados beneficiarios tienen derecho, por no tratarse de un bien hereditario que pudiera corresponder al instituido heredero o herederos del asegurado.

Finalmente, resulta igualmente **infundado** el argumento que vierte la quejosa en el sentido de que la aseguradora no puede fungir como investigador de todos los asegurados que contrataron un seguro de vida para saber si fue veraz o no la información proporcionada por los proponentes del seguro, siendo absurda la consideración del juzgador al tratar de imponer una obligación de investigar datos clínicos de otra persona.

Lo anterior, ya que contrario a lo que señala la quejosa, en el apartado cinco, denominado cláusulas generales, en su numeral 5.11, se pactó lo siguiente:

⁷ De Tribunales Colegiados de Circuito, con número registro 191545, visible a página 757, tomo XII, julio de 2000, novena época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.



“5.11. Indisputabilidad. Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual ***** se reserva el derecho a investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo por lo que transcurrido dicho plazo ***** renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato de omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el Asegurado.

De lo anterior se advierte que, como bien lo determinó el juez responsable, la aseguradora tenía el derecho a investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza del contrato de seguro respectivo, ello durante dos años, por lo que transcurrido dicho plazo y al no advertir la presencia de las omisiones o inexactas declaraciones, la demandada renunció al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato.

De manera que si la propia aseguradora en el contrato se reservó el derecho a investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo, no puede ahora invocarlo en su perjuicio.

Así, con base en lo anterior, es que resulta **infundado** el concepto de violación que hace valer la aseguradora demandada.

Decisión. Al haber resultado infundados en parte e ineficaces en otra los conceptos de violación expuestos por la quejosa, lo procedente es negar el amparo solicitado.

Por lo anteriormente expuesto, con apoyo en los artículos 74 a 77 y 183 a 186 de la Ley de Amparo, se:

RESUELVE:

ÚNICO. La Justicia de la Unión *no ampara ni protege a*

***** ***** ***** * ***** *, contra el acto
que reclama del Juez Trigésimo Sexto de lo Civil de Proceso Oral de la
Ciudad de México, consistente en la sentencia de cinco de
noviembre de dos mil veinticuatro, dictada en los autos del juicio oral
mercantil *****

Notifíquese; con testimonio de esta resolución a la autoridad responsable, devuélvanse los autos y, en su oportunidad, archívese este expediente como asunto concluido.

Así, por unanimidad de votos, lo resolvió el Décimo Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, magistrado **Rómulo Amadeo Figueroa Salmorán, presidente, Osiris Ayddé García Torres y Óscar Fernando Hernández Bautista**, integrantes del Décimo Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, siendo ponente la segunda de los nombrados, quienes firman ante la Secretaría que autoriza y da fe.

MAGISTRADO PRESIDENTE

[FIRMA ELECTRÓNICA]

RÓMULO AMADEO FIGUEROA SALMORÁN

MAGISTRADA

[FIRMA ELECTRÓNICA]

OSIRIS AYDDÉ GARCÍA TORRES



MAGISTRADO

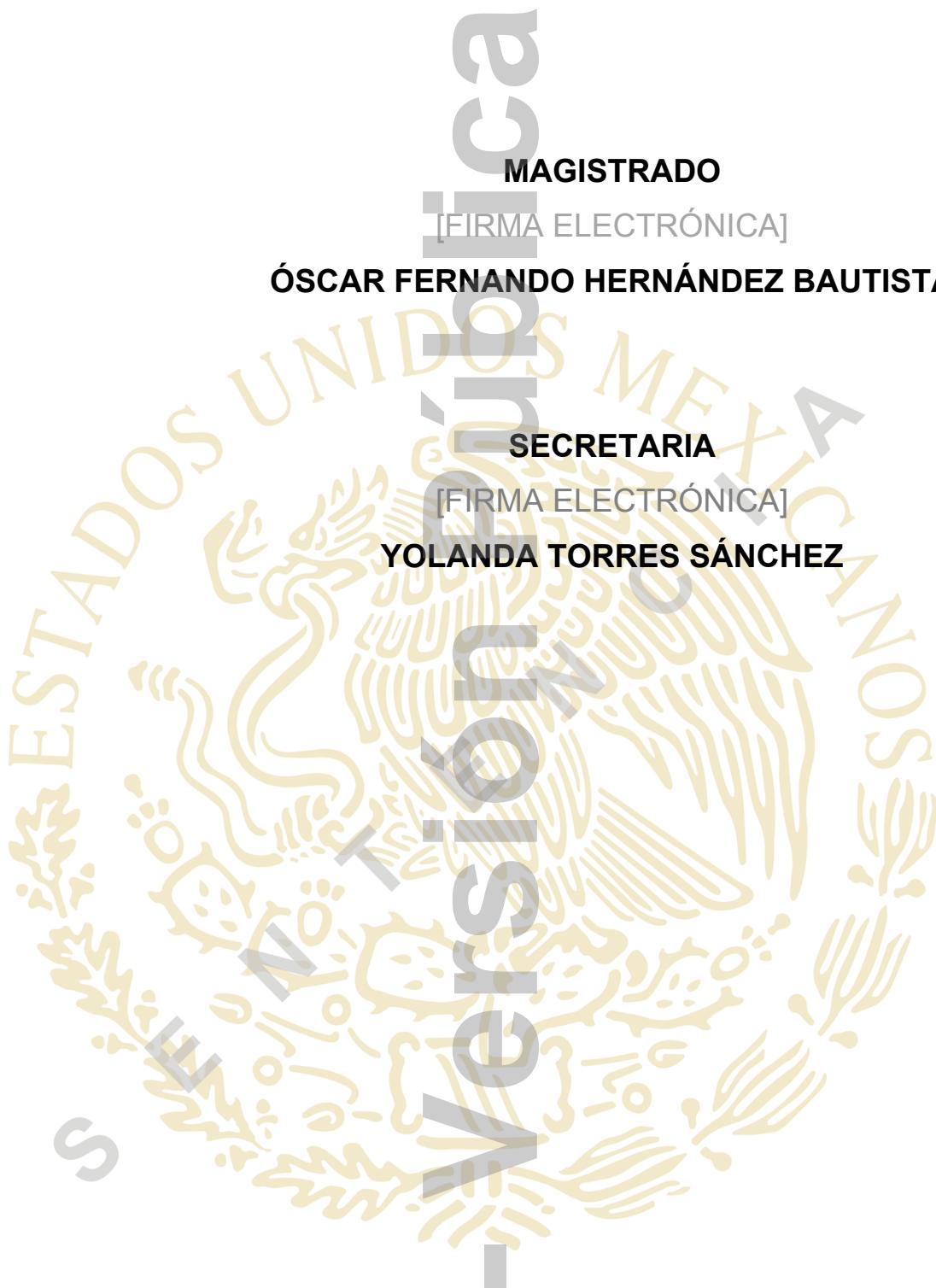
[FIRMA ELECTRÓNICA]

ÓSCAR FERNANDO HERNÁNDEZ BAUTISTA

SECRETARIA

[FIRMA ELECTRÓNICA]

YOLANDA TORRES SÁNCHEZ

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
PJF

Esta hoja corresponde a la parte final de la ejecutoria dictada en los autos del juicio de amparo directo D.C. 91/2025, aprobado en sesión ordinaria virtual de tres de diciembre de dos mil veinticinco, en el sentido de negar el amparo. Doy fe.
OAGT/YTS/eobo/ecm.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado:

137944969_0089000037401501006.p7m

Autoridad Certificadora:

Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal

Firmante(s): 4

FIRMANTE			
Nombre:	YOLANDA TORRES SANCHEZ	Validez:	BIEN Vigente
FIRMA			
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.84.db	Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	05/01/26 20:56:08 - 05/01/26 14:56:08	Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256		
Cadena de firma:	b0 66 2f 86 e0 a8 25 48 ec 2f 43 74 a1 2a 03 cd 70 3c ab 55 3b 44 0b 91 0e d5 6e fb 28 67 2f a3 f7 8b bc 6f dc d5 bf bb 0d 0d 7b 33 00 7c b9 2b f2 c3 78 fe 6b c5 ad fb 4a 8b 47 95 33 8e 8b 03 bf 6e b1 17 75 75 8f 1d 45 49 27 ef 49 b9 90 eb 30 39 9c aa 88 fd 2f f3 73 5e 44 1c 28 2d 1a 17 e8 42 1c 99 89 c3 3a c8 ca 7d 5b bc 57 f0 96 58 c7 4b 46 92 d3 78 7c c7 ef 8e ee 58 8a ed 6a 10 88 3e a2 39 5e e1 3d c2 00 99 a9 9a 47 94 ba d6 0b f6 1e f8 35 5d 34 78 cc 95 de 38 9b 18 5b de da c7 33 b9 c2 18 0f 81 4b cb e2 31 cc 01 4e af 52 9a 63 09 64 fc c2 f2 31 df c5 02 32 5a ca 71 e1 13 84 c9 02 00 85 77 7d 8e 9e 28 67 f4 81 01 d4 59 af 3a e9 b7 99 b3 61 fa 69 b2 f1 07 22 a1 fc 37 9c e2 ca c7 5b cb e4 77 dc 3c 9f 3d 13 fe 4d 76 2d 69 7e 79 5c 73 11 95 df ad a0 7e 9f a9 b2 68 a0 25 ba 71 34 8d d6 ae 44 23 c0 c1 39 86 ff 94 a3 ce 5a 1b 3e 44 8f 13 ad 73 27 9b fb ee 99 1c 61 04 15 b8 ec 99 e1 cc 74 ff 17 f3 78 3b 9e d9 a4 67 40 9f 87 8a ee 2a 68 2b 4c cb e8 c3 8b 4f 01 5a 05 a6 53 97 88 d0 b5 7d 12 ea ef e6 eb 96 2c b2 67 59 b2 38 9f 4a 40 1b fd b8 8c 60 0c 14 b1 90 52 8d 85 30 ef 3d 8b 13 52 93 c5 6b 3e 7c 14 2f 54 41 0e 44 4a c6 d9 df 19 32 fc 83		
OCSP			
Fecha: (UTC/ CDMX)	05/01/26 20:56:08 - 05/01/26 14:56:08		
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.84.db		
TSP			
Fecha : (UTC/ CDMX)	05/01/26 20:56:08 - 05/01/26 14:56:08		
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Identificador de la respuesta TSP:	99088017		
Datos estampillados:	T+54/Ulfba+FJE/QufjUaQY7ABo=		



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE

Nombre:	OSIRIS AYDDE GARCIA TORRES	Validez:	BIEN	Vigente
---------	----------------------------	----------	------	---------

FIRMA

No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.01.16.bb	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:13:42 - 05/01/26 15:13:42	Status:	Bien	Valida

Algoritmo:	RSA-SHA256
------------	------------

Cadena de firma:	c5 a5 91 32 bd e6 2c e2 4c 97 9d 64 18 06 6f 17 c0 86 20 c9 58 66 e2 b4 13 51 72 46 59 51 6a b5 48 e1 48 9f 55 33 41 9b e0 76 fd 47 a7 d3 43 ed a4 14 84 8f c0 2a 49 ee fa d7 62 11 42 cd 41 62 26 e0 e3 03 67 3c bf ca 33 d4 ee e4 7e 96 26 29 7a 42 bd a8 2b 16 68 5e e2 e5 6f f5 1b 8b 33 1d 84 3f a4 cb 45 27 92 a9 fa 33 51 f7 40 18 2e 7f da 98 66 40 26 38 05 c7 d2 95 8b 81 32 93 9e 53 a0 d0 3f 01 0a a3 ac 07 24 b7 ca 7c fe e9 9a 87 d5 fe 5c 03 60 ef 48 11 49 fd c6 ee c7 50 f8 77 b1 5b f7 89 8e 01 8d 38 3c d8 b2 22 9a 1e b0 23 2d 04 f7 e2 14 f2 ca 04 65 54 43 d2 99 1c 36 b8 12 c0 fb ee 24 bf 89 b2 9d 81 b7 56 2b 6a a2 ab 05 85 82 4d 5b fe ce 9f 2a 3f db 4e ce 61 32 da 5d 64 00 b0 0e bb 7a c6 2a 49 da af 1a d1 a7 1d 5f 38 e2 e5 db 09 00 e5 e8 ff c2 8b ef 5b 4e c6
------------------	---

OCSP

Fecha: (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:13:42 - 05/01/26 15:13:42
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.01.16.bb

TSP

Fecha : (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:13:42 - 05/01/26 15:13:42
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal
Identificador de la respuesta TSP:	99100872
Datos estampillados:	mG7Dk85s3uN6fVTv7TWwE1kRfy=



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE			
Nombre:	OSCAR FERNANDO HERNANDEZ BAUTISTA	Validez:	BIEN Vigente
FIRMA			
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.3a.5d	Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:26:59 - 05/01/26 15:26:59	Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256		
Cadena de firma:	d3 a7 f3 09 a4 02 19 ba a9 c3 7c 8f 50 6c 79 a0 24 12 08 f2 3e ec 18 cf 1a 37 1b 54 92 3d 10 4d a3 d3 dc b5 fa 3c ff 05 a4 63 34 f6 55 f1 b6 91 c8 27 ba 1a 04 fc 66 94 11 d8 00 8c 50 13 39 d1 8f c3 72 84 b7 2a 43 06 9a 6a 68 1a da a4 77 29 84 88 be 18 35 a1 2d 69 52 11 78 76 3a 78 f9 3a 95 2f 59 f9 43 7a 53 cc e6 ae 52 22 41 21 ab da c4 c6 b6 97 bd 65 d4 7c 51 59 8a fc 73 a6 26 5f 7f ed 70 1a d6 59 60 4d 71 ba fe f2 44 36 c7 32 ed ee d4 a3 91 91 1d 2e d6 25 f2 d2 fc b7 18 42 e6 a7 e4 d7 90 ef a8 e0 8f af 24 91 86 d0 ab da f2 b0 c8 d9 11 a7 16 73 15 63 14 fa 06 64 1c 5d af cf a7 ef af a6 65 50 f2 ba 66 9b a6 dc 48 91 6d e6 89 5b 51 46 e5 6a b2 45 c5 91 89 15 e8 a4 ca a4 23 a0 78 25 b1 ec 39 91 fd 2c 4b 13 dd e5 64 98 4f 7b 22 40 49 73 c2 f0 7f 4c 07 31 13 63		
OCSP			
Fecha: (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:27:00 - 05/01/26 15:27:00		
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.3a.5d		
TSP			
Fecha : (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:27:00 - 05/01/26 15:27:00		
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Identificador de la respuesta TSP:	99109218		
Datos estampillados:	yZnfymf7vfVeaTrLoASpNYS EqTE=		



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE			
Nombre:	ROMULO AMADEO FIGUEROA SALMORAN	Validez:	BIEN Vigente
FIRMA			
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.fd.d8	Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:54:57 - 05/01/26 15:54:57	Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256		
Cadena de firma:	28 f6 4f f0 f5 d8 bf b8 62 12 41 7b 80 c0 8b f3 02 06 31 2a 16 a8 8b 15 c2 4d 2f 9b 35 a7 6d 0e b0 e4 63 0a 8e ce 5a 4d b1 a9 5b 7b 57 91 ca 71 fa 1e 5d db f4 ba 3d 92 a5 de 82 30 cb 07 87 f3 28 cd 0b 3f 7e eb 80 c3 42 5a 78 50 2b 57 df b6 9f ad e9 d7 50 8d 72 9b 31 ee 95 06 08 dd 01 48 58 1a 95 46 29 6d 16 bb 3b f9 8c 07 8c ae 16 94 9e e2 ce cb 04 cf 99 ed 17 2f b5 46 8b d3 bb 6a 97 bc 9f 2c 37 8f fa 20 b0 ee 3e c0 bf 4e 95 b4 75 dc 6f a5 9d 0a 4a 85 b9 8b 9d b7 b8 60 4f 80 af 04 81 bd 30 ff 6b 60 df a7 b3 08 6f e3 11 e2 f1 df d3 7c c5 55 cb 4f 42 bf f0 68 b9 fe 1a 78 f9 9e 43 50 75 fb 36 55 79 c4 28 49 f9 e3 f5 86 d0 11 aa 8e 8a 3c dd 38 0b 60 56 36 ad 27 6c dc ae 58 8a 74 bc 5b 7a 04 bd 14 83 22 c8 f6 3d 63 ba 5f 14 84 ee 7f 5e ba 8a 46 4b c2 2a 17		
OCSP			
Fecha: (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:54:57 - 05/01/26 15:54:57		
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.32.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.fd.d8		
TSP			
Fecha : (UTC/ CDMX)	05/01/26 21:54:57 - 05/01/26 15:54:57		
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal		
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal		
Identificador de la respuesta TSP:	99125855		
Datos estampillados:	bgcfl5+GjJFAb9HMLYLDuK/y6LM=		

El diez de diciembre de dos mil veinticinco, la licenciada Yolanda Torres Sánchez, Secretario(a), con adscripción en el Décimo Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, hago constar y certifico que en esta versión pública no existe información clasificada como confidencial o reservada en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Conste.

PJF - Versión Pública