

SEGUNDA PARTE
EJERCICIO DEL DERECHO

I. Medida preliminar	50
II. Instancia de orientación jurídica.....	55
III. Instancia de conciliación	56
IV. Instancia arbitral	61
V. Instancia jurisdiccional	66

SEGUNDA PARTE
EJERCICIO DEL DERECHO

En esta segunda parte habremos de ocuparnos de los medios, mecanismos, instrumentos y procedimientos establecidos en nuestro sistema jurídico para hacer efectivos los derechos atribuidos a los tomadores, a los asegurados y a los beneficiarios de los seguros privados, derechos que, insistimos, en su mayor parte son correlativos a las obligaciones de las empresas aseguradoras.

A la cabeza de los citados derechos aparece

el de exigir a la correspondiente empresa aseguradora el cumplimiento de sus obligaciones pactadas en la póliza del seguro como consecuencia del contrato respectivo,

con base en un principio jurídico que data del antiguo derecho romano: *pacta sunt servanda*, "los pactos deben ser cumplidos".

Mas

el principal derecho de todos cuantos genera el contrato de seguro en favor del asegurado o del beneficiario del seguro es, sin duda, el de que se le resarza del daño previsto cuando éste se realiza,

o se le cubra el capital, renta o prestación convenidos al producirse la eventualidad acordada, porque la adquisición de ese derecho es la que anima al tomador del seguro a celebrar el contrato respectivo.

El ejercicio de los derechos del asegurado puede no encontrar traba ni resistencia de la empresa aseguradora; de hecho así ocurre en la mayoría de los casos.

Sin embargo, para mayor protección de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios, se adicionó a la Ley de Orientación y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, el artículo 50 bis, que obliga a las instituciones de seguros a

contar con una unidad especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios,

misma que quedará sujeta a las siguientes disposiciones:

- El titular de la unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la institución aseguradora al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- Contará con personal en cada entidad federativa en que la institución tenga sucursales u oficinas;
- Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las instituciones financieras;
- Deberá responder por escrito al usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y
- El titular de la unidad especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o

áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

La presentación de reclamaciones ante la unidad especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las empresas aseguradoras deberán informar, mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales, la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la unidad especializada. Los usuarios podrán, a su elección, presentar su consulta o reclamación ante la unidad especializada de la institución aseguradora de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Ocurre, sin embargo que, en ocasiones, algunas empresas aseguradoras, de buena o de mala fe,

no sólo obstaculizan, sino de plano se niegan a cumplir sus obligaciones contractuales en perjuicio de los derechos de los tomadores de los seguros,

de los asegurados o de los beneficiarios, lo que da lugar a los afectados a recurrir a diversos medios e instancias para lograr que se respeten sus derechos vulnerados.

A continuación procedemos al examen de los medios e instancias de defensa establecidos para protección de los derechos de los tomadores de los seguros privados, de los asegurados y de los beneficiarios, para lo cual seguiremos el orden que, por lo general, consideramos aconsejable utilizar para tal efecto.

I. MEDIDA PRELIMINAR

Habremos de insistir en la necesidad y conveniencia de leer y revisar con detenimiento cuantos documentos se relacionan con la contratación de un seguro, así como de proporcionar cuidadosamente toda la información requerida con estricto apego a la verdad;

también *se debe leer con detenimiento –y guardar cuidadosamente–* la póliza respectiva para poder pedir oportunamente su corrección –dentro de los 30 días siguientes al día en que recibió la póliza– y tener un conocimiento pleno de las obligaciones y derechos correspondientes. Al respecto, la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone:

Artículo 25. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

En caso de que el asegurado y el beneficiario sean distintos al tomador del seguro, conviene que los primeros revisen los datos que les conciernen, para constatar su veracidad –en caso contrario procurar la corrección–, y tener copia de la póliza respectiva que les permita conocer sus derechos derivados de la misma para hacerlos valer en tiempo y forma.

Tratándose de seguros colectivos, se recomienda que cada uno de los asegurados tenga en su poder su respectivo certificado de aseguramiento, así como copia de la póliza correspondiente.

Para el cobro de las prestaciones previstas en el contrato de seguro se establecen diversos requisitos, entre los que destaca

el de dar aviso, dentro de plazo perentorio, de haber ocurrido el siniestro o eventualidad respectivos,

lo que debe procurar cumplirse oportunamente; a este respecto, la Ley sobre el Contrato de Seguro establece:

Artículo 66.— Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser escrito, si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.— Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación

debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Empero, en el contrato de seguro es común que la empresa aseguradora inserte cláusulas adicionales; como por ejemplo, en el seguro de automóviles, la de dar aviso a las autoridades, en cuya virtud el asegurado queda obligado a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes cuando se trate de robo, daños materiales por robo parcial, así como cualquier otro acto delictuoso que pueda ser motivo de reclamación al amparo de la póliza respectiva, y cooperar con la aseguradora para obtener la recuperación del vehículo o el importe del daño sufrido.

Igualmente, se debe tener presente que, de acuerdo con los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro,

existe plazo improrrogable de dos años, contados a partir de la fecha en que los asegurados o beneficiarios tuvieron conocimiento de la realización del siniestro, para presentar la reclamación de pago del seguro correspondiente.

Para el cobro del seguro, los asegurados, y en su caso los beneficiarios, deben reunir la documentación requerida y

presentarla oportunamente a la empresa aseguradora, la que deberá pagarlo a más tardar dentro de los treinta días siguientes a aquel en que terminó de recibir los documentos

e informaciones necesarios para tal efecto; a este respecto, la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone:

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

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

Mas si la empresa aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro del plazo señalado en el precepto legal que acabamos de transcribir, entonces, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir su obligación de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, a partir de la fecha de su exigibilidad, de acuerdo con las disposiciones aplicables y su pago se hará en moneda nacional al valor que dichas unidades de inversión tengan en la fecha en que se efectúe el mismo.

Las empresas de seguros deberán pagar un interés sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión, el cual se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo anual de captación a plazo de los pasivos denominados en Unidades de Inversión, de las instituciones de banca múltiple del país,

publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, para el mes inmediato anterior a aquel en que se realice el cálculo, dividido entre doce. Los intereses se generarán mes a mes, desde aquel en que se incumpla la obligación y hasta el mes en que se realice el pago. Aun cuando sólo haya transcurrido una fracción de los mismos; y

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, además del pago de esa obligación, las empresas de seguros estarán obligadas a pagar un interés que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 la tasa más alta de rendimiento del instrumento que emita el gobierno federal denominado en dólares de los Estados Unidos de América, que se haya emitido en el mes de que se trate, a falta de éste, se utilizará la correspondiente al último mes que haya estado vigente. Los intereses se generarán mes a mes desde aquel en que se incumpla la obligación y hasta el mes en que se realice el pago, aun cuando sólo haya transcurrido una fracción de los mismos.

Es importante enfatizar que estos derechos que acabamos de transcribir, atribuidos al asegurado y al beneficiario, son irrenunciables y tienen el carácter de mínimos, por disponerlo así en su penúltimo párrafo el propio artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por lo que no surtirá efecto alguno el pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos.

Tales derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal, o sea que, como lo previene el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro,

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

Siempre que se condene en juicio a la empresa aseguradora al pago de la obligación principal, el juez o árbitro, de oficio, deberá –según lo prevé el último párrafo del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros– incluir en su sentencia o laudo, la condena accesoria al pago de las indemnizaciones mínimas a que se refiere dicho precepto.

II. INSTANCIA DE ORIENTACIÓN JURIDICA

En caso de que la aseguradora se negare a pagar el seguro, se puede aprovechar la orientación jurídica gratuita de la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, CONDUSEF,

misma que sólo será proporcionada por única vez si no se comprueba la carencia de recursos suficientes para contratar un especialista en la materia.

En efecto, de conformidad con lo establecido en el título sexto de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, a solicitud de los tomadores de los seguros, así como de los asegurados y beneficiarios, la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF,

podrá brindarles orientación jurídica gratuita, de acuerdo a las bases y criterios que para tal efecto apruebe la Junta de Gobierno de dicha Comisión.

Según dispone dicha ley:

Artículo 87. Los usuarios que deseen obtener los servicios de orientación jurídica y defensoría legal, **están obligados a comprobar ante la Comisión Nacional que no cuentan con los recursos suficientes para contratar un defensor especializado en la materia que atienda sus intereses.**

Artículo 88. En caso de estimarlo necesario, la Comisión Nacional podrá mandar practicar los estudios socioeconómicos que comprueben que efectivamente, el usuario no dispone de los recursos necesarios para contratar un defensor particular. En el supuesto de que, derivado de los estudios, el usuario no sea sujeto de la orientación jurídica y defensoría legal, la Comisión podrá orientar y asesorar, por única vez, al usuario, para la defensa de sus intereses. Contra esta resolución no se podrá interponer recurso alguno.

III. INSTANCIA DE CONCILIACIÓN

Entendemos

por conciliación, la acción –basada en la transigencia de las partes– encaminada a encontrar una solución a la controversia jurídica

surgida entre dos o más personas respecto de la aplicación o interpretación de sus derechos y obligaciones, de acuerdo

con el proverbio que sostiene: "más vale un mal arreglo que un buen pleito".

El proceso conciliatorio tiene un doble propósito, pues por una parte trata de evitar el inicio o prosecución de un juicio ante los tribunales,

cuya duración y resultados no pueden preverse con certeza, con lo que se logra el otro objetivo: reducir el número de litigios. **Cuando la conciliación logra la avenencia de las partes involucradas en la controversia y se formaliza, sus efectos son equiparables a los de una sentencia judicial, por lo que se puede exigir judicialmente la ejecución de lo convenido.**

De conformidad con nuestra legislación vigente hasta el 5 de enero del año 2000, los tomadores de seguros, los asegurados y los beneficiarios respectivos a quienes las empresas aseguradoras se negaban a pagar voluntariamente las indemnizaciones o prestaciones a que pretendían tener derecho,

estaban obligados a agotar el procedimiento de conciliación para poder entablar demanda ante los tribunales a efecto de exigir el pago por la vía judicial, lo cual, como veremos más adelante, era violatorio del artículo 17 constitucional.

La Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF, está facultada por la ley para actuar como conciliador entre las aseguradoras y los usuarios, con objeto de proteger los intereses de estos últimos,

para lo cual, los tomadores de los seguros, los asegurados y los beneficiarios de los seguros presentarán ante ella sus reclamaciones, mediante escrito o por comparecencia del afectado, debiendo cumplir los siguientes requisitos:

- Nombre y domicilio del reclamante;
- Nombre y domicilio del representante o persona que promueve en su nombre, así como el documento en que conste dicha atribución;
- Descripción del servicio o prestación que se reclama, y relación sucinta de los hechos que motivan la reclamación;
- Nombre y domicilio de la aseguradora contra la que se formula la reclamación y, de ser posible, el número de la póliza de seguro respectiva. La CONDUSEF podrá solicitar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los datos necesarios para proceder a la identificación de la aseguradora, cuando la información proporcionada por el reclamante sea insuficiente;
- Documentación que ampare la contratación del seguro que origina la reclamación;
Fecha y firma, y
- Acompañar dos juegos de copias simples de la reclamación y de la documentación anexa, un juego servirá para correr traslado a la compañía aseguradora y el otro juego para que sea sellado por la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF, y sirva al reclamante de acuse de recibo.

La CONDUSEF podrá rechazar de oficio las reclamaciones que sean notoriamente improcedentes.

Para los procedimientos de conciliación y arbitraje, las reclamaciones contra las aseguradoras deberán presentarse en el domicilio de la CONDUSEF o en su delegación más próxima al domicilio del reclamante, dentro del término de un año

contado a partir de que se produzca el hecho que la genere; toda reclamación debidamente requisitada interrumpe, por su sola presentación, la prescripción de las acciones legales correspondientes, durante el tiempo que lleve el procedimiento.

La función de conciliación que desarrolla la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros se tramita ante su Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje, según prevé el Reglamento Interior de la propia CONDUSEF, al disponer:

Artículo 19.— Corresponde a la Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje, el ejercicio de las siguientes atribuciones:

I. Brindar atención a las reclamaciones que presenten los usuarios en contra de las instituciones financieras, así como tramitar los procedimientos de conciliación y arbitraje, en caso de la Comisión Nacional sea designada árbitro por las partes, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 60 a 81 de la Ley;

II. Emitir los laudos correspondientes;

(...)

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF, dará a conocer a la empresa aseguradora la reclamación presentada en su contra por el tomador del seguro,

el asegurado o el beneficiario –así como los anexos que hubiere acompañado–, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la misma, citándola al mismo tiempo para que concurra a la celebración de la audiencia de conciliación a celebrarse en la fecha que para el efecto haya señalado, con apercibimiento de que se le impondrá sanción pecuniaria si no asiste a ella su representante.

La empresa aseguradora deberá rendir un informe por escrito en que responderá razonadamente a todos y cada uno de los hechos de la reclamación, informe que deberá presentar a más tardar en el momento de la celebración de la audiencia de conciliación; de no hacerlo se tendrá por cierto lo manifestado por el reclamante.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF, de oficio o a petición del reclamante, podrá requerir información adicional a la empresa aseguradora, a cuyo efecto señalará la fecha para su presentación.

La fecha de celebración de la audiencia de conciliación deberá programarse para que se realice dentro de los veinte días hábiles siguientes al de la presentación de la reclamación;

en dicha audiencia, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros exhortará a las partes a llegar a un acuerdo para conciliar sus intereses, y de ser así se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante;

dicha Comisión Nacional deberá explicar al reclamante los efectos y alcances de dicho acuerdo, y si después de dicha explicación el reclamante confirma su aceptación, se firmará por ambas partes y por la CONDUSEF,

señalándose un término para acreditar su cumplimiento.

Los convenios celebrados ante la CONDUSEF **tendrán el carácter de una sentencia ejecutoria, por lo que equivale a una sentencia judicial** que ya no puede ser impugnada ni puede retomarse su contenido en un proceso posterior.

IV. INSTANCIA ARBITRAL

Cuando no llegaren a avenirse las partes, la CONDUSEF

les invitará a que voluntariamente y de común acuerdo designen árbitro en la modalidad de juicio arbitral

que elijan entre las dos previstas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros: en amigable composición o en juicio arbitral de estricto derecho.

De aceptar las partes el arbitraje en cualquiera de las dos modalidades señaladas, se hará constar el compromiso respectivo en acta que al efecto deberá firmarse ante la CONDUSEF. En este caso, de acuerdo con lo que dispone el segundo párrafo del artículo 85 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros,

se abstendrá de brindar defensoría legal a los tomadores de seguros, asegurados o beneficiarios de los mismos, para no convertirse en juez y parte.

Si del escrito de reclamación o del informe presentado por la empresa aseguradora se desprenden elementos que a juicio de la CONDUSEF permitan suponer la procedencia de lo reclamado, siempre que la institución aseguradora no haya asistido a la junta de conciliación o bien que rechace el

arbitraje, la CONDUSEF podrá emitir un dictamen técnico que contenga su opinión, del cual le entregará copia certificada —contra pago de su costo— para que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes, quienes deberán tenerlo en consideración en el procedimiento correspondiente.

Si el reclamante

no asiste a la audiencia de conciliación y no presenta justificación de su inasistencia dentro de los diez días siguientes a la fecha señalada para su celebración, se le tendrá por desistido de su reclamación

sin que pueda presentar otra queja por los mismos hechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El juicio arbitral en amigable composición se tramita cuando así lo acuerdan las partes en el convenio respectivo,

merced al cual facultan a la CONDUSEF o a uno de los árbitros propuestos por ella, **para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada**, la controversia planteada, previa determinación precisa de común acuerdo de las cuestiones sobre las que deberá versar el arbitraje, así como las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse. En este punto se aplicará supletoriamente el Código de Comercio para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral.

De igual manera,

el juicio arbitral de estricto derecho se tramitará cuando así lo acuerdan las partes en el convenio respectivo, merced al cual facultan a la Comisión Nacional o a uno de los árbitros propuestos por ella,

para resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables, a cuyo efecto el propio convenio deberá determinar con precisión las etapas, formalidades, términos y plazos que regirán el arbitraje, mismo que, según dispone el artículo 75 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, se sujetará como mínimo a ciertos plazos y bases, entre los que destacan los siguientes:

La demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan presentado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles;

a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la celebración del convenio, debiendo el actor acompañar al escrito la documentación en que se funde la acción y las pruebas que pueden servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas;

La contestación a la demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles;

a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la notificación de la misma, debiendo acompañarse anexa al escrito de contestación la documentación en que se funden las excepciones y defensas correspondientes, así como las pruebas que le favorezcan en el juicio o en su caso ofrecerlas.

Contestada la demanda o transcurrido el plazo para hacerlo, y siempre que no hubiere convenio expreso en contra,

se abrirá el juicio a prueba durante un periodo de quince días hábiles, de ellos, los cinco primeros se emplearán para ofrecer las pruebas encaminadas a desvirtuar las ofrecidas por la parte demandada y los diez restantes para el desahogo de todas las pruebas.

El periodo de prueba podrá ampliarse por una sola vez cuando, a juicio del árbitro, resulte insuficiente en razón de la naturaleza de las pruebas ofrecidas. Concluido el plazo o la prórroga no se admitirán más pruebas que las supervinientes, o sea, las nacidas después de transcurrido el plazo de ofrecimiento, pudiendo equipararse a ellas aquellas de cuya existencia no se tenía conocimiento o de las que no se pudo disponer por causas no imputables a la parte interesada, de acuerdo con lo previsto en el Código de Comercio. Además, se tendrán como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes.

Se concederá a las partes, ocho días comunes para formular alegatos.

Si celebrado el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho el reclamante no presenta la demanda dentro del plazo establecido, se dejarán a salvo sus derechos; pero presentada dicha demanda, una vez concluidos los términos fijados para cada etapa del procedimiento, éste

seguirá su curso y se tendrá por perdido el derecho que debió ejecutarse sin necesidad de que se acuse rebeldía.

Los términos serán improrrogables, se computarán en días hábiles y, en todo caso, empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquel en que surtan efectos las notificaciones respectivas.

Cuando no hubiere promoción de las partes durante un lapso mayor de sesenta días, contados a partir de la notificación de la última actuación, operará la caducidad de la instancia; es decir, que se dará por terminado el juicio arbitral, sin que se resuelva sobre la reclamación.

El árbitro, tras analizar y valorar las pruebas y alegatos de las partes, deberá emitir un laudo que resuelva la controversia planteada por el tomador del seguro,

asegurado o beneficiario.

El laudo sólo podrá ser impugnado mediante el juicio de amparo, lo que no impide que las partes puedan solicitar aclaración del laudo, dentro de las setenta y dos horas siguientes a su notificación, cuando consideren que exista error de cálculo, de copia o tipográfico.

Cuando el laudo emitido condene a la empresa aseguradora a resarcir al reclamante,

la aseguradora tendrá un plazo de quince días hábiles para cumplirlo, de no hacerlo en el plazo señalado, la Comisión Nacional enviará el expediente al juez competente para su ejecución.

Para constatar el cumplimiento de los laudos, la Comisión Nacional requerirá a la aseguradora que compruebe dentro

de las setenta y dos horas siguientes haberlo hecho; si no lo comprobare le impondrá una multa que podrá ser hasta por el importe de lo condenado.

V. INSTANCIA JURISDICCIONAL

En los términos del segundo párrafo del artículo 17 de la Constitución Política de la Estados Unidos Mexicanos:

Toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial.

Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia, prohibidas las costas judiciales.

Empero, hasta el 5 de enero del año 2000 –fecha en que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto de reformas a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, que derogó el artículo 135 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (*sic*), con efectos al día siguiente–,

era indispensable, para que el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario pudieran ocurrir a la instancia jurisdiccional, agotar el procedimiento conciliatorio que explicamos al ocuparnos de la instancia de conciliación,

porque de acuerdo con lo dispuesto en la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los tribunales no darían entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros

si el actor no afirmaba en ella, bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros se había agotado el procedimiento conciliatorio a que se refiere el artículo 135 de dicha Ley.

Además, en cualquier momento del juicio en que apareciera que no se había agotado dicho procedimiento conciliatorio, debería sobreseerse la instancia judicial y condenarse al actor al pago de las costas originadas por el procedimiento; independientemente de que la omisión del procedimiento conciliatorio constituía una excepción dilatoria que podía oponer la empresa aseguradora demandada.

Sin embargo, es importante hacer notar que para la Suprema Corte de Justicia de la Nación,

la obligación de agotar un procedimiento conciliatorio antes de acudir a los tribunales judiciales, es violatorio del citado artículo 17 constitucional,

según se asienta en la tesis jurisprudencial que en su parte relativa señala:

Al disponer la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que "Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo an-

terior”, limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el segundo párrafo del artículo 17 Constitucional, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una institución o sociedad mutualista de seguros a agotar un procedimiento de conciliación ante dicha comisión, que es un órgano administrativo que no ejerce formalmente funciones jurisdiccionales, e impone al actor la sanción adicional de pagar las costas del juicio si no actúa en los términos previstos en el citado precepto, y si bien dichos procedimientos alternativos de resolución de controversias constituyen vías expeditas que aligeran la carga de trabajo de la potestad común, éstas deben ser optativas y no obligatorias, pues todos los gobernados tienen derecho a que se les administre justicia sin obstáculos o trabas, lo que no acontece cuando el legislador establece etapas conciliatorias, no previstas en el texto constitucional, que deben agotarse obligatoria y necesariamente antes de acudir a los tribunales judiciales (*Semanario Judicial de la Federación*, 9a. Época, tomo VI, julio 1997, pág. 18).

Con el propósito de enmendar la referida disposición anticonstitucional, el legislador derogó el artículo 135 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (*sic*), cuya fracción I preveía el procedimiento conciliatorio, con lo que, a partir del 6 de enero del año 2000, **dejó de existir la obligación de agotar un procedimiento conciliatorio por estar éste dispuesto en un precepto derogado.**

De todas maneras se recomienda seguir el procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, porque con ello, eventualmente se puede evitar el inicio o prosecución de un juicio ante los tribunales,

cuya duración y resultados no pueden preverse con certeza, si es que se llega a celebrar un convenio con la institución aseguradora, cuyos efectos son equiparables a los de una sentencia judicial.

De no llegar a celebrar convenio o de no querer seguir el procedimiento conciliatorio, el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario del seguro,

podrán presentar su reclamación en la instancia judicial, a través de un juicio ordinario mercantil previsto en el artículo 1377 del Código de Comercio, el cual puede tramitarse indistintamente en un juzgado de distrito civil federal –o en un juzgado de distrito que no tenga jurisdicción especial– o en un juzgado del fuero común de un estado o del Distrito Federal,

por prevenirlo así los artículos 48 y 53, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación. De conformidad con el artículo 1378 del Código de Comercio:

En el escrito de demanda el actor deberá mencionar los documentos públicos y privados que tengan relación con dicha demanda, así como si los tiene o no a su disposición, debiendo exhibir los que posea, y acreditar haber solicitado los que no tengan en los términos del artículo

1061. De igual manera, proporcionará los nombres y apellidos de los testigos que hayan presenciado los hechos contenidos en la demanda, y las copias simples prevenidas en el artículo 1061. Admitida la demanda se emplazará al demandado para que produzca su contestación dentro del término de nueve días.

Con el escrito de contestación de la demanda se dará vista al actor, para que manifieste lo que a su derecho convenga, dentro del término de tres días y para que mencione a los testigos que hayan presenciado los hechos, y los documentos relacionados con los hechos de la controversia.

Los tomadores de seguros, asegurados y beneficiarios de seguros que no cuenten con los recursos suficientes para contratar un abogado, podrán aprovechar los servicios de defensoría legal gratuita de la CONDUSEF,

a condición de comprobar ante la misma, dicha carencia de recursos.

La sentencia que dicte el juez en el juicio mercantil ordinario puede ser impugnada por medio del recurso de apelación,

que deberá interponerse por escrito que exprese los motivos de inconformidad o agravios que formule, dentro de nueve días contados a partir del día siguiente a aquel en que haya surtido efecto la notificación de la sentencia al recurrente.

Contra la sentencia dictada en la apelación, o sea, en

contra la segunda instancia en el juicio mercantil se puede promover, de conformidad con el artículo 158 de la Ley de Amparo, juicio de amparo directo ante el tribunal colegiado de circuito que corresponda,

cuando dicha sentencia sea contraria a la letra de la ley aplicable al caso, a su interpretación jurídica o a los principios generales de derecho a falta de ley aplicable, cuando comprendan acciones o excepciones o cosas que no hayan sido objeto del juicio o cuando no las comprendan todas por omisión o negación expresa.