

Mexico Chapter in The Insurance and Reinsurance Law Review; 11th edition

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 11th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our Partners Yves Hayaux-du-Tilly and Luciano Pérez.

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

Click here to download the [Mexico The Insurance and Reinsurance Law review Guide 2023](#).

NUEVOS REQUISITOS PARA REASEGURADORAS EXTRANJERAS INSCRITAS EN EL RGRE

Category: Insurance and Reinsurance, Legal Alerts
written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (la “Comisión”) está requiriendo a las reaseguradoras extranjeras (las “Reaseguradoras Extranjeras”) inscritas en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar reaseguro y reafianzamiento del país (“RGRE”) designar un domicilio en México y a un representante legal con poderes para pleitos y cobranzas, para oír y recibir toda

clase de notificaciones, comunicaciones, reclamaciones, requerimientos, quejas o documentos de cualquier autoridad gubernamental y de terceros en relación con sus actividades de reaseguro en México.

Las Reaseguradoras Extranjeras deberán dar debido cumplimiento a este nuevo requisito para poder renovar su inscripción en el RGRE, cuya fecha límite es el 29 de septiembre de 2023.

Anteriormente, la CNSF únicamente requería que los representantes legales de las Reaseguradoras Extranjeras contaran con un poder que los facultara para representarlas en su inscripción y su renovación en el RGRE. Sin embargo, derivado de malas prácticas de ciertas Reaseguradoras Extranjeras que han impedido que cedentes mexicanas les notifiquen siniestros argumentando que deben de ser notificadas en su domicilio social, la Comisión determinó la necesidad de que las Reaseguradoras Extranjeras cuenten con un domicilio en México y un representante legal con poderes para pleitos y cobranzas, para oír y recibir toda clase de notificaciones, comunicaciones, reclamaciones, requerimientos, quejas o documentos de cualquier autoridad gubernamental y de terceros en relación con sus actividades de reaseguro en México.

En caso de requerir más información en relación con lo anterior, comuníquese con sus contactos habituales en Nader, Hayaux & Goebel, o con Yves Hayaux-du-Tilly +52 (55) 6009 8484 yhayaux@nhg.com.mx, o Luciano Pérez Gómez +52 (55) 4170 3037 lperez@nhg.com.mx.

NEW REQUIREMENTS FOR FOREIGN REINSURERS REGISTERED WITH THE RGRE

The National Insurance and Bonding Commission (the “Commission”) is requiring foreign reinsurers (the “Foreign Reinsurers”) registered with the General Registry of Foreign Reinsurers to take reinsurance and rebonding in the country (“RGRE”) to

appoint a domicile in Mexico and a legal representative with powers of attorney for lawsuits and collections to hear and receive any type of notices, communications, claims, requirements, complaints or documents from any governmental authority and third party with regard to its reinsurance activities in Mexico.

The Foreign Reinsurers must duly comply with this new requirement in order to renew their registration in the RGRE, for which the deadline is September 29, 2023.

Previously, the CNSF required that the legal representatives of Foreign Reinsurers have a power of attorney empowering them to represent them in their registration and renewal in the RGRE. However, due to poor practices of certain Foreign Reinsurers that have prevented Mexican ceding companies from notifying them of claims by arguing that they should be notified at their corporate domicile, the Commission determined the need for Foreign Reinsurers to have a domicile in Mexico and a legal representative with powers of attorney for lawsuits and collections, to hear and receive all kinds of notifications, communications, claims, requirements, complaints or documents from any governmental authority and third parties in connection with their reinsurance activities in Mexico.

Should you require further information regarding the foregoing, please get in touch with your usual contacts at Nader, Hayaux & Goebel, or contact any of Yves Hayaux-du-Tilly +52 (55) 6009 8484 yhayaux@nhg.com.mx, and Luciano Pérez Gómez +52 (55) 4170 3037 lperez@nhg.com.mx.

NHG was recognized with five awards at the Legal 500 Mexico

Awards, 2023

Category: Awards, Firm news, Rankings

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

NHG was recognized with five awards at the Legal 500 Mexico Awards, including “Firm of the Year” in Capital Markets and Insurance. In addition, three of our lawyers were recognized for their individual achievements. Michell Nader was named Senior Partner of the Year, Vanessa Franyutti was named Lawyer of the Year in Projects and Infrastructure and Miguel Ángel González was honored as Rising star of the Year in Corporate and M&A (high-end). These accolades are a testament to our unwavering commitment to providing unparalleled client service and maintaining exceptional standards across our various practice areas.



<https://www.legal500.com/events/mexico-awards/winners/>

Insurance & Reinsurance Mexico Comparative Guides (Legal 500)

Category: Insurance and Reinsurance, Publications

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

NHG contributed to the **Insurance & Reinsurance Mexico Comparative Guide, 2023** with an overview on the trends and regulatory developments of the insurance sector in Mexico.

Authors:

- Partner Yves Hayaux du Tilly
- Partner Luciano Pérez

[Download the Legal 500 Insurance Reinsurance 2023 PDF here.](#)

Visit the Legal500 website [here.](#)

LA INDEMNIZACIÓN DE LA ASEGURADORA NO PUEDE SUJETARSE A QUE EL ASEGURADO GARANTICE QUE OPERARÁ LA SUBROGACIÓN

Category: Insurance and Reinsurance, Legal Alerts

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

El viernes 19 de agosto de 2022, se publicó en el Semanario Judicial de la Federación la tesis jurisprudencial de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (la “SCJN”) que determinó que la subrogación no es una condición para el pago del seguro.

Para llegar a esta conclusión, la SCJN analizó las siguientes etapas en relación con el contrato de seguro, derivadas de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

1. **Pago de Prima:** En primer lugar, el contratante del seguro tiene obligación de pagar la prima del seguro a la aseguradora.
2. **Aviso de Siniestro:** Al ocurrir el siniestro, el asegurado o beneficiario tiene que dar aviso oportuno a la aseguradora (el plazo convenido o el plazo legal de 5 días naturales contados a partir del siniestro), y entregarle la información que sustente el reclamo.
3. **Pago de la Indemnización:** Cumplido lo anterior, la aseguradora tiene la obligación de pagar la suma asegurada, restituir o reparar el daño.
4. **Subrogación:** Una vez realizado el pago al asegurado o beneficiario, la aseguradora tiene derechos a subrogarse en los derechos del asegurado.

El análisis de la SCJN en esta jurisprudencia consistió en determinar si (i) el derecho de subrogación de la aseguradora (Etapa 4) nace antes de que la aseguradora indemnice al asegurado por la actualización del siniestro (Etapa 3), y si el beneficiario debe haber garantizado a la aseguradora que se subrogará en sus derechos o bien, (ii) la indemnización no puede condicionarse a que el asegurado garantice la subrogación.

Para concluir que el derecho de subrogación nace después de que la aseguradora indemniza al asegurado o beneficiario, la SCJN determinó que la obligación de indemnizar y el derecho a subrogarse de la aseguradora provienen de la Ley sobre el Contrato de Seguro y no de un acuerdo contractual entre las partes.

De conformidad con lo anterior, es nula cualquier cláusula que sujete la indemnización del seguro a la garantía del derecho de subrogación por parte del asegurado o beneficiario.

Por lo tanto, al ser la subrogación un derecho que opera por ley, una vez hecho el pago, reparación o restitución en materia de daños, la aseguradora adquiere los bienes dañados y se subroga en todos los derechos contra terceros que, por causa del daño sufrido, correspondan al asegurado como consecuencia del riesgo cubierto.

Observaciones preliminares NHG

- La tesis jurisprudencial considera nula toda cláusula que sujete el pago del seguro al reconocimiento de la aseguradora o de la autoridad judicial al derecho de pago.
- Este criterio es relevante por lo que respecta a las cláusulas en las

condiciones generales de productos de daños que imponen obligaciones a los asegurados para garantizar que la aseguradora se podrá subrogar en sus derechos, y de convenios de pago y finiquito en las que el asegurado se obliga a garantizar que la aseguradora podrá subrogarse en sus derechos.

- Sugerimos que las aseguradoras revisen dichas cláusulas para confirmar que las obligaciones pactadas sobre subrogación sean consistentes con la tesis jurisprudencial.
- Asimismo, deben de tomarse en consideración estos criterios al momento de redactar y celebrar los convenios de pago y finiquito con asegurados, y analizar reclamaciones por siniestros para evitar conflictos innecesarios.

Para mayor información, nos ponemos a sus órdenes con sus contactos habituales en [Nader, Hayaux & Goebel](mailto:Nader.Hayaux@nhg.com.mx), o con cualesquiera de **Yves Hayaux de Tilly** +52 55 4170 3003 yhayaux@nhg.com.mx y **Luciano Pérez Gómez** +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

PAYMENT OF THE INDEMNITY BY INSURER SHOULD NOT BE CONDITIONED TO THE GUARANTEE OF SUBROGATION BY THE INSURED

On Friday, August 19, 2022, the Mexican Supreme Court of Justice (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (“SCJN”) issued a judicial precedent, published in the Federal Official Gazette, in which it resolved that it should not be considered that the subrogation is a condition to proceed with a payment of a claim.

To reach this conclusion, the SCJN reviewed the following elements in the contracting of the insurance contract, as provided in the Insurance Contract Law (Ley sobre el Contrato de Seguro):

1. **Payment of Premium:** In a first instance, the policyholder must pay the insurance premium to the insurer.
2. **Notice of Loss:** Upon the occurrence of a loss, the insured or beneficiary must give timely notice to the insurer (based on the agreed term or the legal term of 5 calendar days from the date of the loss) and provide the information supporting the claim.

3. **Indemnity Payment:** Once the above is complied with, the insurer must pay the indemnity under the policy, compensate, or repair the damage.
4. **Subrogation:** Upon payment to the insured or beneficiary, the insurer has the right to subrogate into any insured's right arising from the claim.

The analysis of the SCJN consisted in determining whether (i) the right of the insurer to subrogate (Element 4) exists prior to the payment made by the insurer of the claim due to the materialization of the loss (Element 3) and whether the beneficiary had to secure to the insurer such subrogation rights, or (ii) the payment should not be conditioned to the insured guarantee of subrogation.

To conclude that the right of subrogation exists after the insurer pays the loss to the insured or beneficiary, the SCJN determined that the payment derives from the Insurance Contract Law and not from a contractual agreement between the parties.

Based on the foregoing, any clause that conditions the insurance payment to the fact that the insured secures the right of subrogation should be considered null and void.

Therefore, considering that subrogation is a right by law, once the payment, compensation or restitution of damages is made, the insurer has the right to subrogate on all the insured's rights against third parties due to the damages caused by the covered risk.

NHG Preliminary comments

- The judicial precedent determines that any clause that conditions the insurance payment to the insurer or to the Judicial court's acknowledgement of the right of payment is null and void.
- This decision is relevant for contractual clauses in the general conditions of property and casualty products that impose obligations on insureds to guarantee to the insurer its rights of subrogation, and for settlement agreements where the insured guarantees that the insurer will subrogate the insured rights.
- We suggest to the insurers to review such clauses to confirm if the subrogation obligations in their general conditions are consistent with the judicial precedent.

- Likewise, this decision should be considered when drafting and executing settlement agreements with insureds and reviewing loss claims, to avoid unnecessary conflicts.

For more information, please contact your regular contacts at [Nader, Hayaux & Goebel](#), or with **Yves Hayaux de Tilly** +52 55 4170 3003 yhayaux@nhg.com.mx or **Luciano Pérez Gómez** +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

Mexico Chapter in The Insurance and Reinsurance Law Review; 10th edition

Category: Insurance and Reinsurance, Publications
written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 10th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our [Partner Yves Hayaux-du-Tilly](#).

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

Click here to download the [Mexico Insurance & Reinsurance guide 2022](#) or on [TLR website](#).

The SCJN sets forth criteria applicable to the late payment of premium

Category: Firm news, Insurance and Reinsurance

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

On February 17, 2021, the First Chamber of the Mexican Supreme Court of Justice (“**SCJN**”) issued a judicial precedent pursuant to which it determined that notwithstanding the insurance premium is paid, in case this is done after the 30-day grace period, the insurance contract terminates, even if the insurer received the premium.

The rationale of the First Chamber of the SCJN is based on the assumption that the insurance contract is bilateral, onerous and aleatory, and is perfected at the moment in which the contracting party becomes aware of the acceptance of the offer made by the insurer, and additionally, according to the Insurance Contract Law (the “**Law**”), from the due date for payment of the premium, the contracting party has a grace period of 30 calendar days to pay the premium.

If the Insurer has not received the payment of the premium prior to 12 o’clock of the last day of the 30-day term, the effects of the insurance contract cease automatically and the insurer is released from its obligations.

Even if the contracting party pays the premium after said term and the insurer accepts the late payment, the effects of the insurance contract may not be rehabilitated.

According to the criteria of the SCJN, once the insurance contract is terminated, there must be a new offer from the insured and same shall be agreed with the insurer to formalize a new insurance contract.

The late payment of the premium or of any of its installments does not constitute an offer and the receipt of the payment by the insurer does not constitute a tacit consent.

Any late payment of the premium shall be deemed a deposit that may be applied to the premium if the new insurance contract is executed; if it is not executed, it shall be reimbursed to the insured as an undue payment.

Furthermore, on February 24, 2021, the First Chamber of the SCJN issued another judicial precedent resulting from contradicting rulings between two Collegiate Courts of the same circuit but from different specialties, which establishes that pursuant to article 41 of the Law the insurance contract is invalidated when payment of the insurance premium is made outside the grace period of 30 calendar days, even when the insurer does not immediately refuse such payment.

In this case, the rationale of the First Chamber of the SCJN, consistent with the judicial precedent described above, is based on the premise that the first paragraph of article 40 of the Law establishes that if the contracting party does not pay the premium or the corresponding installment, in case it is paid in installments, within the grace period of 30 calendar days, the effects of the insurance contract will cease automatically at 12 o'clock on the last day of such term.

Article 41 of the Law further provides that any agreement that intends to waive the effects of the provisions of the first paragraph of Article 40 of the Law shall be invalid.

Therefore, it is considered that the effects of the insurance agreement irrevocably terminate in case of late payment of the premium or of any of its installments, which is an invariable consequence of the non-payment within the term foreseen for such purpose.

Consequently, it may not be deemed that receiving the late payment rehabilitates the effects of the insurance contract and constitute an agreement to waive the effects of the first paragraph of article 40 of the Law, as the foregoing would not be valid pursuant to article 41 of the Law.

NHG's Preliminary Observations

- It is a common practice for insurers to receive late premium payments and, in general terms, if the loss occurs after the insurer receives the late

payment of the premium, the insurer fulfills its obligations under the insurance contract.

- The judicial precedents release the insurers from any liability under insurance contracts in which premiums have not been paid within the grace period set forth in article 40 of the Law, and require that the insurers accept a new offer from the insured, in order for a new insurance contract to become effective.
- If an insured pays, after the grace period the premium corresponding to the insurance contract, the insured will be required to obtain an express acceptance from the insurer in which the insurer confirms the acceptance of the risk; otherwise, the insurance contract will be deemed invalid and will not produce any legal effect.
- We recommend to carefully analyze the rehabilitation clauses currently used in insurance contracts to confirm whether these clauses constitute, on their own, an express consent from the insurers to accept the risk in case of untimely payment of the premium or, if applicable, adjust them to comply with the judicial precedents.

La SCJN define criterios para el tratamiento del pago extemporáneo de la prima

El 17 de febrero de 2021, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (la “**SCJN**”) emitió una tesis jurisprudencial conforme a la cual determinó que el pago de la prima de seguro fuera del plazo genérico de 30 días produce la terminación del contrato de seguro, no obstante que la aseguradora haya aceptado el pago extemporáneo.

El razonamiento de la Primera Sala de la SCJN parte de la base que el contrato de seguro es bilateral, oneroso y aleatorio, y se perfecciona en el momento en que el contratante tiene conocimiento de la aceptación de la oferta por parte de la aseguradora, y además, que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro (la “**Ley**”), a partir del vencimiento de la prima, el contratante tiene un plazo de 30 días naturales para pagarla.

Si la aseguradora no recibe el pago antes de las doce horas del último día del plazo

de 30 días, los efectos del contrato de seguro cesan automáticamente y la aseguradora se desvincula del cumplimiento de sus obligaciones.

Aun y cuando el contratante pague la prima después de dicho plazo y la aseguradora acepte el pago extemporáneo, no se rehabilitan los efectos del contrato de seguro.

Conforme al criterio de la SCJN, una vez terminado el contrato de seguro, debe existir una nueva oferta del asegurado y la aceptación de la aseguradora para que exista un nuevo contrato de seguro.

El pago extemporáneo de la prima o de alguna de sus parcialidades no constituye una oferta y la recepción de dicha prima por parte de la aseguradora no constituye un consentimiento tácito.

El pago extemporáneo de la prima solamente se puede considerar como un depósito a ser aplicado a la prima si el nuevo contrato de seguro se perfecciona, de no perfeccionarse, ésta se deberá reembolsar al asegurado al tratarse de un pago de lo indebido.

Por otra parte, el 24 de febrero de 2021, la Primera Sala de la SCJN emitió una tesis jurisprudencial por contradicción de tesis entre dos Tribunales Colegiados del mismo circuito pero de distinta especialidad, en la que se establece que el pago de la prima de seguro fuera del plazo genérico de 30 días naturales, aun cuando la aseguradora no rehúya de inmediato esa exhibición, constituye un convenio nulo en términos del artículo 41 de la Ley.

En este caso, el razonamiento de la Primera Sala de la SCJN, consistente con la tesis jurisprudencial anteriormente descrita, parte de la base que el primer párrafo del artículo 40 de la Ley establece que si el contratante no realiza el pago de la prima o de la fracción correspondiente, en caso de pago en parcialidades, dentro del plazo genérico de 30 días naturales, los efectos del contrato de seguro cesan automáticamente a las 12 horas del último día del plazo.

El Artículo 41 de la Ley establece que es nulo cualquier convenio que pretenda privar los efectos de las disposiciones del primer párrafo del artículo 40 de la Ley.

Por lo anterior, la SCJN considera que el pago extemporáneo de la prima o de alguna de sus parcialidades implica que, indefectiblemente, ha ocurrido la cesación de los efectos del contrato de seguro, consecuencia invariable de la omisión del pago dentro del plazo previsto para ello.

Por lo tanto, admitir que la eventual aceptación del pago extemporáneo rehabilita los efectos del contrato de seguro, constituye un convenio que pretende privar de sus efectos al primer párrafo del artículo 40 de la Ley y, en consecuencia, es nulo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley.

Observaciones Preliminares de NHG

- En la práctica, es común que las aseguradoras reciban la prima de forma extemporánea y por lo general, si el siniestro ocurre después de que la aseguradora recibe el pago de la prima, ésta cumple con sus obligaciones bajo el contrato de seguro.
- Las tesis jurisprudenciales liberan a las aseguradoras de cualquier responsabilidad bajo los contratos de seguro en los que la prima no se haya pagado dentro del plazo de gracia que establece el Artículo 40 de la Ley, y requieren que las aseguradoras acepten una nueva oferta del asegurado, para que el contrato de seguro surta efectos.
- Si un asegurado paga extemporáneamente la prima correspondiente a su contrato de seguro, deberá obtener una aceptación expresa de la aseguradora del riesgo, ya que de no hacerlo, el contrato de seguro es nulo y no produce efecto legal alguno.
- Sugerimos analizar cuidadosamente las cláusulas de rehabilitación que actualmente son utilizadas en los contratos de seguro para confirmar si las mismas constituyen por si mismas un consentimiento expreso de las aseguradoras para aceptar el riesgo en caso de pago extemporáneo de la prima o en su caso ajustarlas para cumplir con las tesis jurisprudenciales.

Para mayor información sobre el pago extemporáneo de la prima, nos ponemos a sus órdenes con sus contactos habituales en Nader, Hayaux & Goebel, o con

[Luciano Pérez Gómez](mailto:lperez@nhg.com.mx) +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

For more information on the untimely payment of the premium, please contact your

regular contacts at Nader, Hayaux & Goebel, or [Luciano Pérez Gómez](mailto:lperez@nhg.com.mx) +52 (55) 4170 3027 lperez@nhg.com.mx

Innovación en Productos de Seguros - Revista Industrial México

Category: Insurance and Reinsurance, Publications

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

Con la contribución de Luciano Pérez, socio de Nader, Hayaux & Goebel.

[Industria Legal, Mx, Vol. 1, Jul. 2021](#)

Insurance & Reinsurance (The Law Review 2021)

Category: Insurance and Reinsurance, Publications

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

We are delighted to announce that the 9th edition of *The Insurance and Reinsurance Law Review Guide* was recently published. With the contribution of our [Partner Yves Hayaux-du-Tilly](#).

An overview to insurance & reinsurance laws and regulations that may occur in Mexico.

[Click here to download the complete guide.](#)

La Suprema Corte del Reino Unido sienta importante precedente respecto a la cobertura de seguros por interrupción de negocios derivados de la pandemia de COVID-19

Category: Insurance and Reinsurance, Legal Alerts

written by Adrián Trejo Santiago | September 7, 2023

Una de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 fue la suspensión de actividades comerciales en diversos sectores e industrias. Las reclamaciones masivas de pólizas que contaban con la cobertura de interrupción de negocio no se hicieron esperar y en términos generales, las aseguradoras negaron cobertura a sus asegurados.

En vista del gran número de desavenencias entre asegurados y aseguradoras, la autoridad reguladora de seguros del Reino Unido (Financial Conduct Authority (“FCA”)) hizo uso de su facultad para llevar a cabo un “test case” con la intención de sentar un precedente judicial respecto a la cobertura de interrupción de negocio por daños sufridos derivado de la pandemia de COVID-19 y, de esa forma, dar certidumbre jurídica a los asegurados y una guía al sector asegurador en la gestión de dichas reclamaciones.

El 9 de junio de 2020, la FCA, en representación de los asegurados, interpuso una demanda en contra de ocho aseguradoras respecto a 21 tipos distintos de pólizas con cobertura de interrupción de negocio.

En septiembre del 2020, la corte de primera instancia dictó sentencia, la cual fue apelada por ambas partes.

La Suprema Corte del Reino Unido (“Corte”) utilizó su facultad de atracción para tomar el caso y dictar una sentencia definitiva.

El pasado viernes 15 de enero, la Suprema Corte del Reino Unido resolvió los recursos de apelación en favor de los asegurados.

En términos generales, la Corte clasificó las diversas cláusulas de interrupción de negocio en dos tipos: (i) aquellas cuya cobertura se basa en la existencia de una enfermedad infecciosa en cierto perímetro geográfico respecto del negocio del asegurado (“**Cláusulas de Enfermedad Infecciosa**”) y (ii) las que se basan en la imposición de una restricción que impide el acceso al negocio (“**Cláusulas de Impedimento de Acceso**”).

Respecto a las **Cláusulas de Enfermedad Infecciosa**, la Corte resolvió que cada uno de los casos de COVID-19 (con o sin síntomas) existente dentro del perímetro geográfico establecido en la póliza, debe considerarse como una sola causa por lo que respecta a hechos que derivaron en la interrupción del negocio y, por lo tanto, como un detonante de cobertura bajo la póliza.

Respecto a las **Cláusulas de Impedimento de Acceso**, la Corte determinó que las medidas impuestas por el Gobierno del Reino Unido, aun y cuando no fuesen coercitivas o con rango de ley, activan la cobertura de interrupción de negocio.

La Corte también resolvió que no es necesario el impedimento total de la actividad comercial para que exista cobertura, sino que hay cobertura incluso cuando el impedimento sea parcial.

La Corte estableció que los términos “manifestación de una enfermedad infecciosa (notifiable disease)”, “incidente” y “ocurrencia de una enfermedad infecciosa” deben interpretarse con la misma amplitud para efectos de la cobertura, rechazando

argumentos de tipo sintáctico presentados por las aseguradoras.

Asimismo, la Corte sentó un precedente sumamente importante al interpretar que existe cobertura por interrupción de negocio cuando el siniestro ocurre por dos causas concurrentes e independientes que se originan por el mismo evento fortuito (i.e. la pandemia), siempre y cuando ninguna de las causas concurrentes esté expresamente excluida en la póliza. Bajo dicha premisa:

(A) En las **Cláusulas de Enfermedades Infecciones**, las causas del siniestro sean (i) la existencia de casos de COVID-19 dentro del radio geográfico establecido en la póliza y (ii) fuera de dicho radio (provocando que el público deje de concurrir a locales comerciales); y

(B) En el caso de las **Cláusulas de Impedimento de Acceso**, las causas del siniestro sean: (i) las restricciones impuestas por el gobierno para que el asegurado acceda a su negocio y (ii) las restricciones de movimiento impuestas a terceros por instrucciones del gobierno a causa de una pandemia, que tenga como efecto la suspensión de la afluencia de clientes al negocio.

Esta interpretación sobre la causa raíz se sobreponen al precedente sentado en el caso *Orient-Express Hotels Limited v Assicurazioni Generali Spa*; el cual era utilizado por las aseguradoras para fundamentar el rechazo de reclamaciones por interrupción de negocios.

Respecto a la cuantificación de los daños, el fallo de la Corte estableció que deben de tomarse en cuenta los montos que se obtuvieron durante la interrupción del negocio por el asegurado y comparar dichos montos con la cantidad que habría recibido de no haber existido la pandemia.

La resolución de la Corte proporciona implícitamente valiosos elementos para interpretar aspectos de la pandemia de COVID-19 que no fueron parte de la litis. Por ejemplo, en ningún momento se cuestiona la naturaleza catastrófica de la pandemia de COVID-19, no obstante el análisis que la Corte hace del caso *Orient-Express* hace patente las similitudes entre los efectos catastróficos del huracán Katrina del 2005 y la pandemia de COVID-19; en palabras de Lord Briggs, el caso *Orient-Express* es “el único caso de hechos comparables del que se tiene registro” (párrafo 319).

Si bien la resolución de la Suprema Corte del Reino Unido no es obligatoria para los tribunales en otras jurisdicciones, en virtud del alto grado de especialización que tienen los jueces ingleses en materia de seguros y reaseguro, consideramos que ésta sienta una opinión persuasiva que debe ser tomada en cuenta en las decisiones de aseguradoras, jueces, árbitros y asesores legales en otros países, en temas tales como:

- **La similitud entre los efectos de la pandemia de COVID-19 y de otras catástrofes naturales como huracanes.**
- **La posibilidad de que a pesar de que existan diversas causas concurrentes e independientes para la ocurrencia del siniestro, las epidemias y pandemias por sí mismas, detonan la cobertura.**
- **Los criterios para determinar las causas que dan lugar a cobertura por epidemias y pandemias.**
- **La forma de cuantificar las pérdidas causadas por siniestros derivados de interrupción de negocio o pérdida de rentas ocasionados por la pandemia.**

Para cualquier aclaración o pregunta en relación con lo anterior, le agradeceremos ponerse en contacto con el socio de Nader, Hayaux & Goebel con quien trabajan o contactar a cualesquiera de [Yves Hayaux du Tilly \(yhayaux@nhg.com.mx\)](mailto:yhayaux@nhg.com.mx) o [Luciano Pérez Gómez \(lperez@nhg.com.mx\)](mailto:lperez@nhg.com.mx).