

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN
PANEL IV

COMISIONADO DE
SEGUROS DE PUERTO
RICO

Recurrido

Vs.

INTEGRAND ASSURANCE
COMPANY

Recurrente

KLRA201500562

REVISIÓN
procedente de la
Oficina del
Comisionado de
Seguros de Puerto
Rico

Caso Núm.
I-2014-132
Investigación Núm.
I-0017051-2014

Sobre: Violación al
Art. 27.161 (6), (8) y
(17) del Código de
Seguros de Puerto
Rico, 26 L.P.R.A.
sec. 2716a(6), (8) y
(17)

Panel integrado por su presidenta, la Juez García García, el Juez Hernández Sánchez y la Jueza Soroeta Kodesh.

Hernández Sánchez, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 22 de septiembre de 2015.

Comparece ante nos la promovente Integrand Assurance Company (en adelante, la recurrente o la aseguradora) y nos solicita que revisemos la Resolución emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (en adelante, la Comisionada o la Oficina del Comisionado de Seguros, según proceda) el 12 de marzo de 2015. En ésta, la Comisionada concluyó que la recurrente incurrió en violación al art. 27.161(6), (8) y (17) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 2716a (6), (8) y (17). En razón de ello, le impuso a los recurrentes una multa ascendente a \$2,250.00 y les ordenó reabrir y resolver la reclamación presentada por el cliente conforme establecía la póliza de seguros otorgada por las partes.

Por los fundamentos que exponemos a continuación, se *Confirma* la Resolución de la Oficina del Comisionado de Seguros.

I.

Integrand Assurance Company es una empresa dedicada a la industria de seguros, debidamente autorizada para operar en Puerto Rico por la OCS. A tenor con ello, emitió dos pólizas de seguro a favor del Sr. Lionel Lugo Rodríguez (en adelante, asegurado o señor Lugo Rodríguez) con las siguientes numeraciones y fechas de vigencia: IAPP-50030890 vigente desde 02/11/2010 al 02/11-2011, IAPP-50031491 vigente desde 02/11/2011 al 20/11/2012, IAPP-50032312 vigente desde 02/11/2012 al 02/11/2013 y IAPP-50033316 vigente desde 02/11/2013 al 20/11/2014.

Según surge del expediente ante nuestra consideración, las referidas pólizas se emitieron para asegurar dos relojes descritos por la empresa Bared Old San Juan de la siguiente forma:

1. Primer Reloj: Rolex *Submariner Oyster Perpetual*, 18k, 40mm, yellow gold, Black Dial and Oyster Brac, con numeración #116618-97208. Valorado aproximadamente en \$33,300.00.

2. Segundo Reloj: Rolex *Day-Date President* 36mm, 18k, yellow gold, Oyster Perpetual, Brac BZ Diamond and Pave Dial, con numeración #118348-83208. Valorado aproximadamente en \$66,700.00.

Surge de las determinaciones de hecho de la Resolución emitida por la OCS que la Aseguradora solicitó al señor Lugo Rodríguez los detalles de los relojes a asegurarse y este envió dicha información, según recibida por Bared Old San Juan, al Sr. Bernardo Gauthier Vélez, representante autorizado de la Aseguradora.¹ Tras recibir la información solicitada, el representante de la Aseguradora solicitó que se emitiera el

¹ Véase, las fotos y cotización de Bared, Anejo VI en las págs. 57-60 del apéndice del recurso.

correspondiente endoso para la póliza de seguro de la Propiedad Personal Listada.

Surge igualmente de las determinaciones de hecho de la OCS, que la Aseguradora no exigió al señor Lugo Rodríguez titularidad o evidencia de compra de los relojes, sino que se limitó a exigirle fotografías de la propiedad y el costo de reemplazo de las unidades. Y ello fue obtenido de la joyería Bared y el portal cibernética de *Ebay*. De esta forma, se determinó que el costo de reemplazo de las unidades asegurados era de \$31,300.00 y \$66,700.00, respectivamente. Todo ello fue estipulado por las partes.

Así las cosas, el 4 de octubre de 2013, el asegurado presentó una querrela ante la Policía de Puerto Rico, área de La Parguera en Lajas, Puerto Rico. Allí alegó que su residencia fue escalada el día anterior y le fueron hurtados dos relojes y dinero en efectivo. Específicamente, se desprende de la querrela que fueron hurtados \$30,000.00 que pertenecían a un fondo de emergencia de la víctima y dos relojes Rolex de oro 18k, *President* con esfera de brillantes en pavé y un *Submariner* negro. En razón de ello, el 14 de octubre de 2013, el asegurado presentó una reclamación ante la recurrente. Recibida la reclamación, la aseguradora advirtió al reclamante de las consecuencias de la presentación de una reclamación fraudulenta y requirió prueba de la titularidad y compra de los relojes asegurados. Asimismo, se le cursó al asegurado un cuestionario a ser contestado y juramentado por el asegurado ante un notario público, como parte del desarrollo de la investigación.

Continuando con el procedimiento de reclamación, el señor Lugo Rodríguez respondió mediante declaración jurada el cuestionario cursado por la recurrente y, asimismo, el 6 de diciembre de 2013, señor Gauthier Vélez, representante de Bared,

indicó mediante correo electrónico a la representante del Departamento de Reclamaciones de la recurrente, lo siguiente:

Adjunto documentos de valoración y comparación de los Relojes del Dr. Lugo. Fotos fueron tomadas por mí al momento de asegurar, son los relojes del Dr. Lugo.

[...]

Informa el Dr. Lugo [q]ue facturas originales [e]staban en las cajas de los [r]elojes y estas se las [r]obaron!!!²

Al culminar la investigación, el 7 de enero de 2014, la recurrente notificó al asegurado su determinación de cerrar la reclamación.³ Sin embargo, el 6 de marzo de 2014, la aseguradora reabrió la reclamación, ya que recibió dos comunicaciones de joyerías referentes a los relojes asegurados. Por un lado, la asegurada recibió una comunicación de la joyería Buchwald en la que se certificaba la titularidad del asegurado y valor de la propiedad, respecto al reloj Rolex *Submariner*, con copia de la factura de compra. De otra parte, recibió un correo electrónico de la joyería Aruba Gold Jewelers de Miami en el estado de Florida, referente al reloj Rolex *President*.⁴

El documento enviado de la joyería Buchwald indicaba lo siguiente:

<u>Sku No.</u>	<u>Qty.</u>	<u>Description</u>	<u>Total</u>
850-11724	1	#3586 PRE O SUB 18K Serial #8100215	10,000.00
840-11223	1	#4230 PRE O 2T DAY	-5,000.00
915-00001	1	SHIP C/O HOTEL OASIS	50.00
PAYMENT RECEIVED: 03/10/2007 Charge MasterCard \$5,050.00 ⁵			

Al recibir estos documentos y reabrir la reclamación, la aseguradora contactó a Command Investigations, LLC, empresa

² Transcrito según surge de la Resolución del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Véase, Resolución, en el Anejo I, pág. 11 del Apéndice de recurso.

³ Véase, Notificación de cierre de reclamación, en el Anejo XIII, págs. 80-81 del Apéndice de recurso.

⁴ Véase, Correo electrónico, en el Anejo XIV, pág. 82 del Apéndice de recurso.

⁵ Véase, Resolución, en el Anejo I, pág. 11 del Apéndice de recurso.

dedicada a hacer negocios en el estado de la Florida, para que efectuara una investigación en torno a la titularidad y origen de los relojes asegurados.

Como resultado de esta investigación, el Command Investigations, LLC, emitió un informe en el que explicó, entre otras cosas, que el 23 de abril de 2014, el investigador visitó la joyería Aruba Gold y habló con el Sr. Ramón Rancano, oficial y director de la mencionada joyería. Este último confirmó que el correo electrónico con la información del reloj fue enviado el 03/04/14 al asegurado. Asimismo, declaró que conocía al asegurado personalmente hacía más de veinte (20) años, pues durante todo ese tiempo el asegurado había sido cliente recurrente de la joyería. El declarante explicó que la última visita del asegurado fue ocho (8) años atrás. Además, detalló que la empresa no posee un registro de compras realizadas durante los años noventa, mas recuerda que el asegurado compró un Rolex Day-Date en el año 1994 o 1995. Surge del expediente que este declarante está dispuesto a proveer una declaración jurada, de ser necesario.

De otra parte, el mismo informe reportó que el investigador se reunió con los señores Marc Buchwald y David Buchwald de Buchwald Jewelers y estos confirmaron que la comunicación enviada a la aseguradora era de ellos. Sin embargo, se mostraron reacios a proveer información sobre el cliente o la mercancía.⁶

Entre tanto, el 30 de abril de 2014, el asegurado presentó una solicitud de investigación ante la Oficina del Comisionado de Seguros. A tenor con ello, la Comisionada de Seguros emitió un Requerimiento de Información a la recurrente donde le requirió: (1) la solicitud de seguro suscrita por el asegurado, (2) el documento

⁶ Véase el Informe completo, en el Anejo XVI, págs. 85-91 del apéndice del recurso. Véase, también, la Resolución, *id.*, págs.16-18.

que se le exigió al asegurado al momento de suscribir la póliza con su correspondiente límite de seguro y (3) el estado actual de la reclamación.

Varios días más tarde, la aseguradora cursó al asegurado una oferta de transacción en la que ofreció el pago de \$20,000.00 por el Rolex *Submariner*. Al cursar esta oferta, justificó la reducción en el pago de la reclamación, explicando que el reloj descrito en la póliza de seguro no concuerda con el reloj que el asegurado adquirió en la joyería Buchwald Jewelers en el año 2007. En cuanto al reloj Rolex *President*, la aseguradora cerró la reclamación sin emitir pago alguno, por no haber recibido evidencia de compra del mismo. En relación a esta última reclamación la aseguradora explicó:

[...] no se nos proveyó evidencia de compra, sino solo una comunicación del establecimiento donde alegadamente se adquirió. Nuestra investigación con dicho establecimiento reveló que no se conserva documento alguno que nos brinde una descripción, fecha de compra o costo de reloj.

En vista de que no se nos ha puesto en posición de considerar pago por esta pieza, nos vemos imposibilitados de presentarle una oferta por ella.

No obstante, de recibir en un futuro la información requerida reabriremos el caso para tomar la acción que corresponda.⁷

El 3 de julio de 2014, el asegurado rechazó esta oferta y expresó que procedía de esta forma ya que no aceptaría ofertas que estuvieran en violación de lo pactado en el contrato de seguros otorgado por las partes.⁸

La Oficina del Comisionado de Seguros continuó su investigación y solicitó a la recurrente varios documentos referentes al otorgamiento de la póliza de seguros del asegurado. Asimismo, solicitó al recurrente que detallara las razones por las cuales le exigió al asegurado evidencia de titularidad de los relojes

⁷ Véase, Oferta transaccional, en el Anejo XVII, págs. 93-94 del Apéndice del recurso.

⁸ Véase, Rechazo de oferta, en el Anejo XIX, pág. 172 del Apéndice de recurso.

para procesar la reclamación. La aseguradora respondió este requerimiento explicando, entre otras cosas, que si bien la póliza se emitió basándose en la buena fe y sin mayor evidencia de titularidad de los bienes asegurados, al momento de una reclamación, el asegurado debía acreditar la titularidad de los bienes. Además, la aseguradora alegó que tal prueba era necesaria, sobre todo, porque la descripción de los relojes contenida en el endoso de la póliza no concordaba con la propiedad reportada hurtada.

Como parte de la investigación de la OCS, se le requirió a la aseguradora copia fiel y exacta de la solicitud, expediente de suscripción, guía y criterios utilizados para asegurar joyas y documentos que se utilizaron para suscribir la póliza de seguros. Sin embargo, el 24 de julio de 2014, la aseguradora proveyó a la OCS copia de la póliza de seguros suscrita por las partes y declaró que no poseía otro documento ya que la póliza de seguro de joyas se emitía sin utilizar guías de suscripción. Sino que el suscriptor evalúa y asegura el riesgo basándose únicamente en sus conocimientos de suscripción.

Culminada la investigación ante la Oficina del Comisionado de Seguros, se emitió la Orden Núm. I-2014-132 contra la recurrente en la que se le impuso una multa administrativa de \$2,250.00 por violación al Art. 27.161(6), (8) y (17) del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*. A su vez, la Oficina del Comisionado de Seguros ordenó a Integrand Assurance Company a reabrir y resolver la reclamación conforme a los términos de la póliza y el endoso otorgado por las partes.⁹

Inconforme con esta determinación, Integrand Assurance solicitó una vista administrativa para argumentar su posición en relación a la orden emitida. Esta vista fue celebrada el 12 de

⁹ Véase, Orden, Anejo II, págs. 34-41 del Apéndice del recurso.

noviembre de 2014, tras la cual las partes presentaron sus respectivos memorandos de derecho y el caso quedó sometido para adjudicación. El 12 de marzo de 2015, la Oficina del Comisionado de Seguros emitió su Resolución consignando extensas determinaciones de hechos, conclusiones de derecho y extractos fundamentales del contrato de seguros en controversia. Mediante esta resolución, la Comisionada confirmó la orden previamente emitida en todas sus partes.

Oportunamente, la aseguradora presentó una moción de Reconsideración, sin embargo, esta fue declarada Sin Lugar mediante Resolución emitida el 4 de mayo de 2015, notificada el 5 de mayo de 2015.

Por estar en desacuerdo con esta determinación, el 2 de junio de 2015, la recurrente Integrand Assurance Company acudió ante esta Curia mediante un recurso de revisión administrativa e hizo los siguientes señalamientos de error:

ERRÓ LA OCS AL DETERMINAR QUE INTEGRAND NO PODÍA SOLICITAR AL ASEGURADO PRUEBA DE TITULARIDAD DE LOS RELOJES DESCRITOS EN LA PÓLIZA AL MOMENTO DE ÉSTE ENTABLAR SU RECLAMACIÓN POR EL ALEGADO HURTO DE LOS MISMOS.

ERRÓ LA OCS AL DETERMINAR QUE INTEGRAND INCURRIÓ EN PRÁCTICAS DESLEALES DURANTE EL PROCESO DE AJUSTE DE LA RECLAMACIÓN, AL OFRECERLE LA SUMA DE \$20,000 POR UNO DE LOS RELOJES Y NO OFRECER CANTIDAD ALGUNA POR EL SEGUNDO. Y A ESOS EFECTOS, ORDENAR A INTEGRAND REABRIR Y RESOLVER LA RECLAMACIÓN CONFORME A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, CUANDO PRECISAMENTE ESO FUE LO QUE HIZO.

Con el beneficio de la comparecencia de las partes, copia de la evidencia presentada en la vista administrativa ante la Oficina del Comisionado de Seguros y Transcripción de la Prueba Oral allí presentada, procedemos a resolver.

II.

a. Revisión judicial

Al evaluar el presente recurso de revisión judicial y los errores señalados, conviene tener presente las normas que regulan el alcance de la revisión judicial de las determinaciones administrativas.

Ley 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada y mejor conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme,¹⁰ (en adelante, LPAU) establece en cuanto a los procedimientos administrativos, específicamente en la sección 4.5 dispone:

El tribunal podrá conceder el remedio apropiado si determina que el recurrente tiene derecho a un remedio. Las determinaciones de hechos de las decisiones de las agencias serán sostenidas por el tribunal, si se basan en evidencia sustancial que obra en el expediente administrativo. Las conclusiones de derecho serán revisables en todos sus aspectos por el tribunal. 3 LPRA sec. 2175.

De otra parte, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reiterado esta norma al expresar que la revisión judicial administrativa está limitada a determinar si la actuación adjudicativa de la agencia fue razonable y cónsona con el propósito legislativo o si fue irrazonable, ilegal o medió abuso de discreción. *T-JAC, Inc. v. Caguas Centrum Limited*, 148 DPR 70, 80-81 (1999). Por lo tanto, como Tribunal revisor tenemos amplia libertad para revisar las conclusiones de derecho que la agencia ha aplicado a la controversia, no obstante, en cuanto a las determinaciones de hechos nos guiará una fuerte presunción de corrección.

Consecuentemente, insistiendo en los contornos de nuestra función revisora, este Tribunal de Apelaciones sostendrá las determinaciones de hechos realizadas por el foro administrativo siempre que estén basadas en evidencia sustancial que obre en el

¹⁰ 3 LPRA secc. 2101 -2201.

expediente.¹¹ Las determinaciones de una agencia administrativa gozan de una presunción de legalidad y corrección que será respetada, siempre que la parte que la impugna no produzca evidencia suficiente para rebatirla. *Batista, Nobee v. Jta. Directores*, 185 DPR 206, 215 (2012). Según establecido por nuestro Tribunal Supremo en *Otero v. Toyota*, 163 DPR 716, 728 (2005), la parte que cuestiona las determinaciones del foro administrativo tendrá que demostrar que en el expediente administrativo existe otra prueba que reduce o menoscaba el valor probatorio de la evidencia que impugna, al punto tal que se pueda concluir que la determinación de la agencia fue irrazonable. Si falla en demostrar que existe dicha prueba o que la determinación no se basó en evidencia sustancial, las determinaciones de hechos deberán respetarse. *Íd.* Lo anterior tiene el propósito de “evitar sustituir el criterio del organismo administrativo especializado por el del foro judicial revisor”. *Hernández, Álvarez v. Centro Unido*, 168 DPR 592, 615 (2006); *P.C.M.E. v. J.C.A.*, 166 DPR 599, 615 (2005). *Otero v. Toyota*, supra. Esta deferencia se fundamenta en la vasta experiencia y el conocimiento especializado que poseen las agencias sobre los poderes y funciones que su ley habilitadora les ha delegado. *Mun. San Juan v. Plaza Las Américas*, 169 DPR 310, 323 (2006); *Hernández, Álvarez v. Centro Unido*, 168 DPR 592, 614 (2006).

b. Obligaciones y contratos

El Artículo 1044 del Código Civil, 31 LPRÁ sección 2994, postula el principio de “pacta sunt servanda,” que establece que las obligaciones que nacen de los contratos tienen fuerza de ley entre las partes y deben ser cumplidas. Cuando las personas contratan crean normas obligatorias como la ley misma, que a su

¹¹ 3 LPRÁ sec. 2175

vez convergen con el principio de la buena fe contractual. *VDE Corporation v. F&R Contractors*, 180 DPR 21, 34 (2010).

El principio de la buena fe contractual, vincula a las partes durante las relaciones pre contractuales, afecta la interpretación de los contratos, regula su cumplimiento y permite su modificación. La buena fe es la lealtad en el tratar, el proceder honrado y leal, supone fidelidad a la palabra dada, no defraudar la confianza, ni abusar de ella. *VDE Corporation v. F & R Contractors*, supra.

Por su parte, el Artículo 1233 del Código Civil, 31 LPRA sección 3471, establece que, si los términos de un contrato son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, se entenderá al sentido literal de sus cláusulas. No obstante, si las palabras parecieran contrarias a la intención evidente de los contratantes, prevalecerá la intención sobre las palabras.

La intención de las partes es el criterio fundamental para fijar el alcance de las obligaciones contractuales. El norte de la interpretación contractual es determinar cuál fue la real y común intención de las partes. Este ejercicio requiere estudiar los actos anteriores coetáneos y posteriores al momento de perfeccionarse el contrato, incluyendo otras circunstancias que puedan denotar o indicar la verdadera voluntad de los contratantes. Además, al momento de interpretar un contrato es necesario presuponer, lealtad, corrección y buena fe en su redacción para evitar llegar a resultados absurdos o injustos. *VDE Corporation v. F&R Contractors*, supra, págs. 34-35.

c. Contrato de Seguros

En Puerto Rico, la industria de seguros es una matizada de un alto interés público. *Natal Cruz v. Santiago Negrón et al.*, 188 DPR 564, 575 (2013); *Echandi Otero v. Stewart Title*, 174 DPR 355,

369 (2008). A esos efectos, esta industria está extensamente regulada por la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el Código Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 101 *et seq.* Este código, a su vez, creó la Oficina del Comisionado de Seguros y le confirió vastos poderes de investigación y aprobación de reglamentos y adjudicación de controversias.¹² Todo esto con el propósito final de velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones del Código de Seguros.¹³

El Artículo 1.020 del Código Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 102, define el contrato de seguro como uno “mediante el cual una persona se obliga a indemnizar a otra o a pagarle o proveerle un beneficio específico o determinable al producirse un suceso incierto previsto en el mismo”. La “póliza” se ha explicado que “es el instrumento escrito en que se expresa un contrato de seguro y es ley entre las partes”. Art. 11.140(1) del Código Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 1114(1); *Natal Cruz v. Santiago Negrón et al.*, *supra*, pág. 576.

En lo pertinente a la interpretación del contrato de seguro, el Artículo 11.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 1125, establece que los contratos de seguros: “[...]deberá[n] interpretarse globalmente, a base del conjunto total de sus términos y condiciones, según se expresen en la póliza y según se hayan ampliado, extendido o modificado por aditamento, endoso o solicitud adherida a la póliza y que forme parte de ésta”. *Natal Cruz v. Santiago Negrón et al.*, *supra*, págs. 576-577; *Echandi Otero v. Stewart Title*, *supra*, pág. 369. En *Martínez Pérez v. U.C.B.*, 143 DPR 554, 563 (1997), al citar el caso de *Quiñones López v. Manzano Pozas*, 141 DPR 139, 156 (1996), el Tribunal Supremo destacó que:

¹² 26 LPRA sec. 235 (11), (12) y (14).

¹³ 26 LPRA sec. 235 (2).

[...] cuando los términos, condiciones y exclusiones de un contrato de seguros — que es ley entre las partes— son claros, específicos y no dan margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones, debe hacerse valer los mismos de conformidad con la voluntad de las partes. En ausencia de ambigüedad, las cláusulas del contrato son obligatorias para las partes.

En esa línea, el Tribunal Supremo explicó que el contrato de seguro “es un contrato de adhesión, por lo cual debe interpretarse liberalmente en beneficio del asegurado”. *Echandi Otero v. Stewart Title*, supra, pág. 369. Cualquier cláusula oscura o ambigua contenida en una póliza de seguro deberá ser interpretada a favor del asegurado, por ser éste la parte más desventajada. *Natal Cruz v. Santiago Negrón et al.*, supra, pág. 577. En fin, respecto a la interpretación, nuestro Máximo Foro comentó que:

[...] si los términos del contrato de seguro son claros, específicos y no dan margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones, se hará valer la clara voluntad de las partes. *Quiñones López v. Manzano Pozas*, 141 D.P.R. 139 (1996); *López v. Atlantic Southern Ins. Co.*, ante; *Coop. de Ahorro y Créd. Oriental v. S.L.G.*, 158 D.P.R. 723 (2003). Véase, además, Art. 1233 del Código Civil, ante.

Por otro lado, los términos de las pólizas de seguro deben ser generalmente entendidos en su más corriente y usual significado, sin atender demasiado al rigor gramatical, sino al uso general y popular de las voces. *Morales Garay v. Roldán Coss*, 110 D.P.R. 701 (1981); *Molina Texidor v. Plaza Acuática*, ante. De esta manera, el asegurado que adquiere una póliza tiene derecho a confiar en la cubierta que se le ofrece leyendo las cláusulas del contrato a la luz del sentido popular de sus palabras. Íd.; *Barreras v. Santana*, 87 D.P.R. 227 (1963); *Pagán Caballero v. Silva, Ortiz*, 122 D.P.R. 105 (1988).

El propósito de todo contrato de seguros es la indemnización y protección en caso de producirse el suceso incierto previsto en éste Art. 11.250 del Código de Seguros, 26 L.P.R.A. sec. 1125. *Echandi Otero v. Stewart Title*, supra, pág. 370.

De otra parte, el contrato de seguro, como norma general, contiene cláusulas de exclusión. Las cláusulas de exclusión se han definido como aquellas que “operan para limitar la cubierta provista por la aseguradora y, de este modo, no responder por

determinados eventos, riesgos o peligros”. *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, 185 DPR 880, 899 (2012). Sin embargo, jurisprudencialmente se ha reiterado que las cláusulas de exclusión “son generalmente desfavorecidas”, por lo que serán interpretadas restrictivamente, de modo que se cumpla con los propósitos de cubierta al asegurado. *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, supra, págs. 899-900; *Integrant Assurance v. CODECO et al.*, 185 DPR 146, 162 (2012); *Jiménez López et al. v. SIMED*, 180 DPR 1, 11 (2010).

Con estos criterios en mente, pasemos a examinar las violaciones al Código de Seguros que dieron lugar a la orden y multa administrativa que aquí se cuestiona.

El Art. 27.161, del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone lo siguiente:

En el ajuste de reclamaciones ninguna persona incurrirá o llevará a cabo, cualquiera de las siguientes prácticas desleales:

[...]

(6) No intentar de buena fe de llevar a cabo un ajuste rápido, justo y equitativo de una reclamación de la cual surja claramente la responsabilidad.

[...]

(8) Tratar de transigir una reclamación por una cantidad menor que la que el asegurado o reclamante razonablemente tenga derecho, basado en la literatura o material impreso que se le acompañó o se hizo firmar parte de la solicitud.

[...]

(17) Negar el pago de una reclamación bajo el pretexto de información insuficiente cuando esta era capaz de ser obtenida bajo métodos ordinarios de investigación.¹⁴

III.

En sus señalamientos de error, los cuales discutiremos conjuntamente, la aseguradora plantea que erró la Oficina del Comisionado de Seguros al concluir que ésta no podía solicitar

¹⁴ 26 LPRA sec. 2716a (6), (8) y (17).

prueba de titularidad de estos al momento de presentarse la reclamación. Además, alega la aseguradora que la OCS se equivocó al concluir que ésta había incurrido en prácticas desleales al cursar una oferta de transacción de \$20,000.00 por uno de los relojes y no ofrecer suma alguna por el segundo reloj asegurado. Por lo cual, arguyó que no procedía la reapertura de la reclamación, según ordenado por la Comisionada.

Según surge de la evidencia documental que obra en el expediente administrativo y las determinaciones de hecho que, en ausencia de error, actuación irrazonable o ilegal sostendremos, los recurrentes cometieron varias violaciones al Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*.

Como se desprende del contrato de seguros otorgado entre las partes, el señor Lugo Rodríguez se obligó a pagar una prima mensual ascendente a \$836.00 por una póliza de seguros en la cual, Integrand Assurance Company se obligó a indemnizar al primero, si se produjera un suceso incierto, previsto en el mismo, en relación a los bienes asegurados, en este caso, dos relojes.

La recurrente estableció el monto a pagar mensualmente luego de determinar que la joyería asegurada tenía un valor ascendente a \$98,000.00 y así surge del Anejo A del Endoso de Propiedad Personal Listada.¹⁵ La aseguradora llegó a este número al examinar el valor listado en fotografías del portal electrónico *Ebay* para los relojes que se disponía a asegurar. Es decir, para la aseguradora, estas fotografías fueron evidencia suficiente del valor de los relojes, al menos, al momento de emitir el Endoso de la propiedad.

Sin embargo, es importante señalar que durante la vista administrativa, la testigo presentada por la aseguradora, Sra. Patricia Ann Pérez Morrison, aclaró que aunque estamos ante una

¹⁵ Véase, Endoso de Propiedad Personal Listada, Anejo V, pág. 56 del Apéndice del recurso.

póliza sin límite de riesgo, esta no es un *agreed value policy*. La diferencia estriba en que en la *agreed value policy* las partes acuerdan que la propiedad tiene determinado valor y la aseguradora se obliga a pagar esa misma cantidad en caso de una reclamación.¹⁶

La testigo explicó que, por el contrario, en este tipo de póliza la aseguradora se obliga a pagar la cantidad menor de cuatro opciones: (1) el valor real en efectivo de la propiedad al momento de producirse la pérdida, (2) la cantidad por la cual podría esperarse razonablemente que fuera reparado, (3) la cantidad por la cual podría esperarse razonablemente que fuera reemplazado el artículo por otro sustancialmente idéntico o, (4) la cantidad del seguro.¹⁷ Sin embargo, según se desprende de este testimonio, el asegurado venía obligado a probar su interés asegurado nuevamente, al momento de presentar una reclamación.

Al examinar el proceder de la compañía aseguradora, no albergamos duda de que sus actuaciones constituyeron prácticas desleales según definidas en el Art. 27.161 del Código de Seguros. Ciertamente, el contrato de seguros otorgado contiene una sección donde las partes consignaron los deberes del asegurado, particularmente en el proceso de una reclamación. Entre estos, está el deber de cooperación con la investigación que lleva a cabo la aseguradora cuando se presenta una reclamación. Por lo anterior, la recurrente tenía pleno derecho de requerir al asegurado evidencia que demostrara el interés asegurable al momento de ocurrir la pérdida.

No obstante, hemos concluido que la aseguradora ha incurrido en prácticas desleales en la medida que ha requerido que se le pruebe el interés asegurado al momento de la reclamación de

¹⁶ Véase, Transcripción de la Prueba Oral, Anejo XVII, pág. 119 del Apéndice del recurso.

¹⁷ *Id.*, págs. 26-27 de Apéndice del recurso.

manera extraordinariamente rigurosa, en comparación con los requerimientos realizados al momento de suscribir la póliza. Es decir, al momento del asegurado beneficiarse de la póliza que pagó mensualmente, la aseguradora no aceptó como suficientes los documentos sometidos por éste para probar su titularidad. Sino que, por el contrario, los recibos de compra, fotografías y declaraciones de personas encargadas en las respectivas joyerías donde se adquirieron los relojes, no fueron evidencia suficiente para emitir el pago de la reclamación. Más aun, la aseguradora invirtió tiempo y recursos en la contratación de una compañía radicada en el estado de la Florida para que investigara las joyerías y las personas que allí laboraban, de manera que se pudiera establecer que el asegurado, en efecto, había comprado los relojes y por tanto tenía interés asegurable. Sin embargo, a pesar de todas las gestiones anteriores, la aseguradora concluyó que no tenía información suficiente para emitir un pago para uno de los relojes.

Tal actuación de parte de la aseguradora demuestra una crasa falta de buena fe y una dilación indebida del proceso al momento del ajuste de la reclamación. Asimismo, ello representa una violación patente al inciso (17) del Art. 27.161 del Código de Seguros, pues la aseguradora insistió en requerir información adicional para emitir el pago de la reclamación, que no requirió previamente para establecer el mismo asunto, o sea, el interés asegurable.

Surge del expediente ante nuestra consideración y de la transcripción de la prueba oral vertida en la vista administrativa que el señor Lugo Rodríguez cooperó diligentemente con la investigación de la aseguradora, proveyó toda la documentación que poseía para probar su titularidad y contestó las preguntas que se le cursaron como parte de la investigación. Con ello en mente,

somos de la opinión de que los requerimientos de la aseguradora al momento del procesamiento de la reclamación fueron en extremo irrazonables y por ello, constituyeron las prácticas desleales que el Código de Seguros y la Comisionada están llamados a prohibir.

Sabido es que el ordenamiento jurídico administrativo nos requiere actuar con gran deferencia al revisar las determinaciones de una agencia, sobre todo, porque es la agencia la que goza del conocimiento especializado, en este caso en la industria de seguros. Sin embargo, hemos examinado extensamente las conclusiones de derecho a las que llegó la Oficina del Comisionado de Seguros y entendemos que la Comisionada actuó correctamente al ordenar la reapertura de la reclamación referente al segundo reloj. Veamos.

En cuanto a esta reclamación, nos llama particularmente la atención que la aseguradora realizó una extensa investigación para determinar la titularidad y valor de ambos relojes y, culminada la misma, cursó una oferta al asegurado detallando que procedía el pago de \$20,000.00 por el primero de los relojes, mas no procedía pago alguno por el segundo reloj. Según dispone el Código de Seguros de Puerto Rico, la aseguradora venía obligada llevar a cabo un ajuste rápido, justo y equitativo continuando el procedimiento de reclamación y ciñéndose a lo pactado en la póliza de seguros. Asimismo, la aseguradora no podía despachar una reclamación por una cantidad menor a la que la reclamante tenía derecho basada en los términos de la póliza de seguros. Mucho menos, podía rehusarse a pagar cantidad alguna y decretar el cierre del procedimiento, sin fundamento válido para ello.

La aseguradora tuvo plena oportunidad de argumentar su posición y los motivos que le llevaron a decretar el cierre de la reclamación, mediante la vista administrativa que fue oportunamente celebrada ante la Oficina del Comisionado de

Seguros. En aquella ocasión, argumentó que existían demasiadas discrepancias entre la descripción sometida a su consideración al momento de la reclamación y la presentada al momento de la suscripción de la póliza de seguros.

Sin embargo, de la totalidad de la prueba presentada ante la Oficial Examinadora que presidió la vista y el expediente ante nuestra consideración, se desprende claramente que los relojes asegurados eran propiedad del señor Lugo Rodríguez y que el valor al momento de la pérdida fue acreditado mediante recibos de las respectivas joyerías donde se adquirieron. A tenor con ello, procedía, como mínimo, que el proceso de reclamación se desarrollara conforme establecía la póliza de seguros.

Por lo tanto, estamos convencidos que la aseguradora actuó irrazonablemente al decretar el cierre de la reclamación relacionada al segundo reloj. Por el contrario, el ordenamiento jurídico le requiere a la compañía aseguradora ceñirse al contrato otorgado al momento de procesar el pago de una reclamación. Procedemos de esta forma, sobre todo, porque la Comisionada de Seguros quedó convencida y así lo consignó en sus determinaciones de hechos, que el asegurado poseía y era dueño de los relojes asegurados al momento de la pérdida, por lo cual tenía y demostró un interés asegurable en la propiedad.¹⁸

Finalmente, no albergamos duda de que la aseguradora recurrente no demostró que la apreciación de la prueba documental y oral hecha por la agencia según antes detallada por nosotros, fuera irrazonable. En su comparecencia, la recurrente no nos convenció de que en el expediente administrativo existe otra evidencia que reduce o menoscaba el valor probatorio que le concedió la Resolución a la prueba testifical y documental

¹⁸ Véase, Resolución, en el Anejo I, pág. 21 del Apéndice de recurso.

desfilada en la vista administrativa celebrada ante la Oficina del Comisionado de Seguros.

Luego de un examen de la prueba antes detallada y ausente la actuación ilegal, arbitraria, irrazonable o en abuso de su discreción, concluimos que fue correcta la apreciación de la prueba hecha por el foro administrativo y la consecuente orden y multa administrativa emitida contra Integrand Assurance Company.

IV.

Por las consideraciones y fundamentos antes expuestos, concluimos que no se cometió ninguno de los dos errores señalados. En mérito de lo anterior, se *confirma* la Resolución emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros que confirmó la Orden Núm. I-2014-132. De esta forma, confirmamos la multa de \$2,250.00 emitida contra la recurrente y ordenamos reabrir y resolver la reclamación cerrada, según ordenado en la precitada orden administrativa.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones