ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL X

MUTIMA PERRY WASHINGTON Apelado v. TRIPLE S VIDA, INC. Apelante	KLAN201900284	Apelación procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala de Aguadilla Civil Núm.: A DP2015-0051 Sobre: Acción Civil

Panel integrado por su presidente, el Juez Figueroa Cabán, la Juez Nieves Figueroa y el Juez Salgado Schwarz

Figueroa Cabán, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico a 25 de septiembre de 2019.

Comparece Triple-S Vida, Inc., en adelante Triple-S o la apelante y solicita que revoquemos una *Sentencia* emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Aguadilla, en adelante TPI. Mediante la misma, se declaró Ha Lugar la *Demanda* incoada por la Sra. Mutima Perry Washington, en adelante la señora Perry o la apelada y se ordenó a Triple-S pagarle la suma de $50,000.00, correspondiente al importe de la cubierta de un contrato de póliza de seguro de vida.

Por los fundamentos que expondremos a continuación, se revoca la *Sentencia* apelada.

-I-

Según surge de los autos originales, la señora Perry presentó una *Demanda* contra Triple-S en la que reclamó el pago de una póliza de seguro de vida expedida a favor del Sr. Juan Herrera Arroyo, en adelante el señor Herrera o el asegurado. Adujo, que

fue designada beneficiaria de la póliza y que Triple-S no tenía fundamento para negarle el pago, ya que conocía la condición de cáncer del señor Herrera y no dieron por terminada la cubierta. A su vez, solicitó una suma adicional por daños, costas, gastos y honorarios de abogado.[1]

En su *Contestación A Demanda* la apelante negó las alegaciones esenciales e incluyó varias defensas afirmativas.[2]

Luego de varios trámites procesales, las partes presentaron el *Informe de Conferencia con Antelación al Juicio* en el que estipularon los siguientes hechos:

> 1. Que la demandada, Triple-S expidió la Póliza Número 1204-1231-001 a nombre del asegurado: Juan Herrera Arroyo, quien era mayor de edad, casado con Deloris Washington Broughton, pensionado, vecino y residente de la Calle La Mina #48 de Isabela, PR 00662.
>
> 2. Que el asegurado, Juan Herrera Arroyo falleció el 17 de mayo de 2013 en Aguadilla, PR.
>
> 3. La existencia y vigencia de Póliza de Seguro 1204-1231-001.
>
> 4. Que, en la referida póliza, Don Juan Herrera Arroyo designó como su beneficiaria a la demandante, Mutima Perry.[3]

Posteriormente, las partes estipularon la siguiente prueba documental:

> 1. Contrato de Póliza con Triple S Vida Número 1204-1231-001.
>
> 2. Certificado de Defunción de Juan Herrera Arroyo.
>
> 3. Carta dirigida a la demandada, fechada 20 de noviembre de 2013.

---

[1] Véase, además, Apéndice de la apelante, *Demanda*, págs. 25-27.
[2] *Id., Contestación a Demanda,* págs. 30-33.
[3] *Id., Informe de Conferencia con Antelación al Juicio*, págs. 34-47.

4. Carta dirigida a la demandada, fechada 23 de mayo de 2014.

5. Carta dirigida a la demandada, fechada 21 de agosto de 2014.

6. Carta dirigida a la demandada, fechada 29 de septiembre de 2014.

7. Relación de pago a la póliza por el asegurado, Juan Herrera Arroyo.

8. Relación de pagos a la póliza donde se refleja el aumento a la prima de la póliza.

9. Primer y Segundo Interrogatorio servido a la parte demandada y sus respectivas contestaciones, de conformidad con las Reglas de Evidencia y Procedimiento Civil.

10. Transcripciones de deposiciones tomadas a los testigos anunciados por la parte demandada: Sr. Joamil Martínez Morales y José Manuel Pérez Torres el 11 de febrero de 2016, de conformidad con las Reglas de Evidencia y Procedimiento Civil.

11. Transcripciones de deposiciones tomadas a los testigos anunciados por la parte demandada: Sra. Marla Sella Muñiz; Sr. Jose Milián Zavala y Sr. Rafael Rodríguez Ramos el 18 de enero de 2016, de conformidad con las Reglas de Evidencia y Procedimiento Civil.

12. La Solicitud de Seguro 08-400453 firmada el 4 de enero de 2012.

13. El Formulario de Reclamación del 20 de noviembre de 2013.

14. Expedientes médicos del Sr. Juan Herrera Arroyo.

15. Informe de Investigación o PQ preparado por el Sr. José Milián Zavala.[4]

Celebrado el juicio, el TPI dictó *Sentencia* en la que declaró Ha Lugar la *Demanda*. Determinó, que de la

---

[4] Véase, Apéndice de la Apelante, págs.34-340. Véase, además, la Transcripción de la Prueba Oral estipulada, en adelante TPO, pág. 5, L. 10-20, donde las partes expresan lo siguiente:

> Juez: Pregunto por última vez. Vamos a ver el juicio, ¿verdad? No hay acuerdo en este caso.
> Lcdo. Soto Ríos: Si, vuestro Honor. Prácticamente o toda la prueba ya está estipulada, así que…
> Juez: ¿Se estipuló todo?
> Lcdo. Soto Ríos: Se estipuló todo.

prueba se desprende la constitución de un acuerdo contractual que obligaba a las partes. En su opinión, el asegurado cumplió con los requisitos de Triple-S, satisfizo el importe de la póliza y pagó los aumentos en dos ocasiones. Además, concluyó que la apelante no solicitó como requisito inicial algún tipo de prueba médica para determinar la elegibilidad del señor Herrera. Aun así, decidió expedir la póliza, configurándose una relación contractual que está obligada a cumplir. En consecuencia, ordenó el pago del importe de la cubierta.[5]

Inconforme, Triple-S presentó una *Moción Solicitando Determinaciones de Hechos Adicionales y Conclusiones de Derecho y Moción de Relevo de Sentencia*[6], que el TPI denegó oportunamente.[7]

Insatisfecha, la apelante presentó una *Apelación* en la que alega que el TPI cometió los siguientes errores:

> Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia en la apreciación de la prueba testifical.
>
> Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia en la apreciación de la prueba documental.
>
> Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia al determinar probado que el padecimiento de cáncer del asegurado era uno palpable a simple vista.
>
> Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia al determinar probado que el representante autorizado que gestionó la póliza de seguros tenía pleno conocimiento de la condición de cáncer

---

[5] Véase, Apéndice del apelante, *Sentencia*, págs. 2-7.
[6] *Id.*, *Moción Solicitando Determinaciones de Hechos y Conclusiones de Derecho Adicionales*, págs. 8-22.
[7] *Id.*, *Resolución*, págs. 23-24.

del demandante al momento de someter la solicitud para seguro.

Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia al determinar que el supervisor de la apelante tomó conocimiento de la condición de cáncer del asegurado cuando le visitó con el propósito de comunicarle la contraoferta de la apelante.

Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia al no dar ningún crédito al testimonio no controvertido del Sr. Jose Milián quien le repitió las mismas preguntas al asegurado quien nuevamente negó padecer una condición maligna.

Cometió error el Honorable Tribunal de Primera Instancia al no aplicar las claras disposiciones del artículo 11.100 del código de seguros, 26 LPRA 1110, que claramente le dan la razón al apelante.

Luego de revisar los autos originales, la transcripción de la prueba oral estipulada y los escritos de las partes, estamos en posición de resolver.

-II-

A.

1. El Contrato de Seguro

El contrato de seguro es un convenio mediante el cual una persona se obliga a indemnizar a otra o a proveerle un beneficio específico o determinable al producirse un suceso incierto y previsto.[8] Constituye un mecanismo para enfrentar la carga financiera que podría causar la ocurrencia de un evento en específico.[9]

En materia de seguros, el Tribunal Supremo de Puerto Rico, en adelante TSPR, ha establecido que la

---

[8] *Coop. Ahorro y Créd. Oriental v. S.L.G.*, 158 DPR 714, 721 (2003); 26 LPRA sec. 102.
[9] *Id.*

relación entre una aseguradora y su asegurado es de naturaleza contractual y se rige por lo pactado en el contrato.[10] Es menester destacar, que dicho contrato está regulado por el Código de Seguros de Puerto Rico[11], como ley particular y suplementariamente por el Código Civil para interpretarlo correctamente.[12] Por consiguiente, el contrato de seguro, como cualquier otro contrato, constituye la ley entre las partes siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos, a saber, consentimiento, objeto, y causa.[13]

No obstante lo anterior, aunque en los contratos regidos por el Código Civil se presume la buena fe, en los contratos de seguros, regulados, en primer lugar, por el Código de Seguros, se exige extrema buena fe.[14] Es decir, en las negociaciones precedentes a su perfección, se requiere un mayor o extremo grado de buena fe. Ello responde a que los riesgos a que está expuesto el objeto asegurable se basan en las representaciones del propuesto asegurado. De modo, que son estas las que inducen al asegurador a aceptar la oferta hecha por […] éste.[15]

2. Representaciones del Asegurado

Según el comentarista de derecho de seguros puertorriqueño, el Lcdo. Rolando Cruz, las representaciones del asegurado se definen como "[…]

---

[10] *López v. Atlantic Southern Ins. Co*, 158 DPR 562, 567 (2003); *Quiñones López v. Manzano Pozas*, 141 DPR 139 (1996).
[11] 26 LPRA 101 et seq.
[12] *López v. Atlantic Southern Ins.* Co, *supra*, pág. 569; *Banco de la Vivienda de Puerto Rico v. Pagán Insurance Underwriters, Inc.*, 111 DPR 1 (1981).
[13] *Coop. Ahorro y Créd. Oriental v. S.L.G., supra; Díaz Ayala et al. v. E.L.A.*, 153 DPR 675 (2001); *Gen. Accid. Ins. Co. v. Ramos*, 148 DPR 523 (1999); *Quiñones López v. Manzano Posas*, 141 DPR 139, 154 (1996); Artículos 1230, 1213 del Código Civil, 31 LPRA sec. 3451, 3391 respectivamente.
[14] R. Cruz, *Derecho de Seguros*, 1ra ed., San Juan, Pubs. JTS, 1999, sec. 3.3, pág. 14.
[15] *Id.*

declaraciones, aseveraciones, descripciones y estipulaciones hechas por el propuesto asegurado o solicitante de manera oral o escrita en la solicitud relacionada con hechos y circunstancias necesarias para que el asegurador decida si el riesgo ofrecido es aceptado o rechazado".[16] En otras palabras, "[…] son aquellas declaraciones y descripciones materiales, bien para la aceptación del riesgo o para el peligro a ser asumido por el asegurador, hechas a este por el asegurado o por un tercero autorizado a su nombre al agente que representa al asegurador para inducir a este a expedir la póliza solicitada".[17] Por su considerable importancia, al completar una solicitud, el asegurador tiene el deber de formular sus preguntas de manera que no contengan interpretaciones engañosas.[18] En cambio, "[e]s deber del solicitante hacer respuestas veraces y hacer un uso razonable de sus facultades para interpretar las preguntas formuladas".[19]

Ahora bien, como el contrato de seguros es de óptima buena fe, *supra*, el asegurador descansa en la buena fe del propuesto asegurado a los efectos de que todas las descripciones, aseveraciones y declaraciones relacionados con el objeto del seguro gozan de un alto grado de corrección y veracidad.[20] Esto genera una presunción de corrección y veracidad que induce al asegurador a aceptar el riesgo ofrecido por el

---

[16] R. Cruz, *op. cit.*, págs. 104-105.
[17] *Id.*, pág. 105.
[18] S. Plitt y otros, *Couch on Insurance*, 2012 Ed. Rev., USA, Thomson Reuters, 2012, Vol.6, sec. 81, pág. 64; *Purcell v. Washington Fidelity Nat. Ins. Co.*, 141 Or. 98, 16 P.2D 639 (1932).
[19] *Id.*
[20] R. Cruz, *op. cit.*, pág. 103.

asegurado mediante el otorgamiento y suscripción de la póliza.[21]

Bajo este escenario contractual particular, el asegurador tiene el derecho a seleccionar y clasificar sus riesgos y a exigir del solicitante veracidad en las declaraciones relacionadas con todo hecho material al riesgo. En cambio, el asegurado viene obligado a hacer sus representaciones con honestidad y de la mejor buena fe, toda vez que la falsa representación pertinente o material o la ocultación de hechos materiales pudiera constituir el fundamento para que el asegurador rescinda la póliza.[22]

3. Representaciones que impiden el cobro de los beneficios de una póliza

Sin embargo, no toda falsa representación del asegurado en la etapa de constitución del contrato de seguro impide el cobro de los beneficios de la póliza. Sobre el particular, el Artículo 11.100 del Código de Seguros, establece, en lo pertinente:

> Todas las declaraciones y descripciones en una solicitud de póliza de seguros o en negociaciones para la misma, hechas por el asegurado o a su nombre, se entenderá que son representaciones y no garantías. La impostura, las omisiones, el encubrimiento de hechos y las declaraciones incorrectas no impedirán el cobro con arreglo a la póliza, a menos que:
>
> (1) Sean fraudulentos; o
>
> (2) que **sean materiales, bien para la aceptación del riesgo, o para el peligro asumido por el asegurador**; o
>
> (3) **el asegurador de buena fe no hubiera expedido la póliza, no hubiera expedido la póliza por una cantidad tan grande o no hubiera provisto cubierta con respecto al riesgo resultante en la pérdida, de**

---

[21] *Id.*
[22] R. Cruz, *op. cit.*, pág. 103.

> **habérsele puesto en conocimiento de los hechos verdaderos, como se requería en la solicitud para la póliza o de otro modo.**
>
> **Cuando el solicitante incurra en cualquiera de los actos enumerados en los apartados (1), (2) y (3) de esta sección se impedirá el cobro solamente cuando el acto u omisión de que se trate hubiere contribuido a la pérdida objeto de la causa de acción.**[23]

El propósito de esta norma es evitar que una declaración falsa, sobre un asunto pertinente a la aceptación del riesgo, pueda anular una póliza cuando no está vinculada en forma alguna al daño sufrido.[24] En cambio, la declaración falsa anula la póliza cuando no sólo es pertinente a la apreciación del riesgo sino también a su ocurrencia.[25] Como se puede fácilmente colegir, esta norma, entre otros propósitos, protege al asegurador de un asegurado inescrupuloso, que lo induce a aceptar el riesgo a través de la ocultación de hechos materiales y omisiones de importancia, para luego intentar reclamar su aparente derecho de indemnización.[26]

---

[23] 26 LPRA sec. 1110. (Énfasis suplido).
[24] *Rivera v. PRAICO*, 167 DPR 227, 233 (2006) (Sentencia); *Serrano Ramírez v. Clínica Perea, Inc.*, 108 DPR 477, 485 (1979).
[25] *Id.*, pág.233-234; *Id.; Sandoval v. P.R. Life Ins. Co.*, 99 DPR 287 (1970).
[26] *Id.*, a las págs. 15-16. *Id.*, pág.111; *Hayman v. All American Life and Casualty Company*, 393 F. Supp. 595 (1975). Consonó con lo anterior, el TSPR ha resuelto que las "[o]misiones o informaciones incorrectas en una solicitud para la expedición de una póliza de seguro de vida que no son materiales para la aceptación del riesgo por la compañía de seguro no justifican que esta rehusé pagar el importe de la misma a los beneficiarios designados en la póliza. *Id.; Sandoval v. P.R. Life Ins. Co., supra.* Además, "[…] el mero silencio por parte del solicitante no se puede considerar como una ocultación de hechos materiales cuando hay ausencia de preguntas al respecto". *Id.; Erie Ins. Exch. v. Lane*, 246, Md. 55, 227 A. 2d. 231 (1967). Cabe señalar, que en cuanto a las declaraciones sobre la condición del riesgo del objeto asegurable no se exige infalibilidad al asegurado. R. Cruz, *op cit.*, pág. 15. En cambio, **una condición es material cuando en la solicitud el asegurador le preguntó específicamente al asegurado sobre la misma**. J. E. Thomas y otro, *New Appleman on Insurance Law Library Edition*, Release No. 10B, Lexis Nexis, 2014, Vol. 8, sec. 83.05[4][B], pág. 34. Así pues, si las representaciones, o sea, las declaraciones y descripciones hechas por escrito u oralmente por el asegurado o a su nombre, en una solicitud de póliza de seguro o en las negociaciones para la misma en su etapa precontractual fueran incorrectas y materiales

En lo aquí pertinente conviene destacar, que una representación no fraudulenta de un asegurado pudiera impedir el cobro de la póliza si es material, falsa y además, ha inducido al asegurador a asumir el riesgo mediante la expedición de la póliza.[27] Para el licenciado Cruz, "[…] respecto al aspecto referente a las representaciones falsas o incorrectas hechas por el asegurado, pero de buena fe, de manera inocente y sin intención premeditada de defraudar, induciendo así al asegurador a expedir la póliza solicitada, en desconocimiento de los hechos reales y pertinente al riesgo, algunas jurisdicciones foráneas han sostenido que el asegurador tiene derecho a anular o rescindir la póliza de seguro".[28]

Cónsono con lo anterior, en *Vredenburgh v. Liberty N. L. Ins.*,[29] el Tribunal decidió que no era necesario que la representación falsa o incorrecta se hiciera con la intención premeditada de engañar o defraudar, toda vez que para invalidar la póliza sería suficiente que sean falsas y pertinentes a circunstancias que incrementan el riesgo de pérdida.[30] Según el licenciado Cruz, esta normativa es extensiva a nuestro ordenamiento jurídico, ya "[…] que el elemento fundamental que puede tener un asegurador para anular una póliza, de conformidad con el Artículo 11.100 del Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, es que el acto u omisión de que se trate sea pertinente

---

para la aceptación del riesgo o el peligro asumido por el asegurador; y dichos actos u omisiones […] hubieran contribuido a la pérdida objeto de la causa de acción; entonces, el cobro con arreglo a la póliza queda impedido y la póliza anulada o rescindida. R. Cruz, *op cit.*, págs. 111-112.

[27] *Id.* pág.112; *Walker v. Philadelphia L. Ins. Co.*, 127 F Supp. 26

[28] *Id.*, pág. 114; *Zolintakis v. Equitable L. Assur. Soc.*, 97 F 2d 583; *New York L. Ins. Con. v. McCurdy*, 106 F 2d 181.

[29] 246 Ala. 251, 20 So 2D 207.

[30] R. Cruz, *op cit.*, pág. 115.

al riesgo o que hubiera contribuido a la pérdida".[31] Así pues, ocurre con frecuencia que las representaciones falsas, pero pertinentes al riesgo, vertidas inocentemente, en una solicitud de seguro, corren la misma suerte, en torno a su invalidez, que aquellas que se hicieron con intención de defraudar o engañar al asegurador.[32]

En resumen, las representaciones falsas, sobre aspectos materiales al riesgo asegurado, que inducen al asegurador a expedir una póliza, constituyen fraude constructivo o inferido que provoca la anulación de la póliza, independientemente de que las haya vertido el asegurado de buena fe o por ignorancia.[33]

Para identificar la falsedad de la representación, frecuentemente se utilizan los récords médicos del asegurado.[34] Ahora bien, en casos de pólizas de seguro de vida que no requieren examen

---

[31] *Id.*

[32] *Id.*; Véase, además, S. Plitt y otros, *op. cit.* Sec. 81, págs. 134-135, donde se expresa lo siguiente:

> **The absence of a fraudulent intent is not significant in determining the materiality of misrepresentations even if the statements are made innocently.** Misrepresentations are material to the risk when they prevent the insurer from exercising its choice. (Énfasis suplido).

Véase, además, J. E. Thomas y otro, *op. cit.* sec. 83, pág. 32, donde se expresa que:

> **The majority rule, however, is that even innocent material misstatements can form basis for rescission of a life insurance policy. (Énfasis suplido).**

[33] *Id.*, págs. 115-116; *Home L. Ins. Co. v. Madere*, 101 F 2d 292; *Borger v. Morrow*, 87 S.W. 2d 758. Véase, además, S. Plitt y otros, *op. cit.* Sec. 82, pág.103-108:

> …**In many jurisdictions, an innocent misrepresentation will make the policy voidable. That is, the insurer may avoid the contract when it relies on a misrepresentation of a material fact not only where such misrepresentations is fraudulently made.** The theoretical underpinnings of this view are sometimes stated to be a "legal" or "constructive" fraud resulting from the insurer having been thereby induced to enter into the contract at the premium rate specified" or the fact that a material misrepresentation results in the assumption by the insurer of a risk different from that which the applicant led it to suppose that it was assuming. (Énfasis suplido).

[34] *J.E. Thomas y otro, op. cit.*, sec. 83, págs. 24-25.

médico previo, como es el caso ante nuestra consideración, la falsedad en la representación anula la póliza y como consecuencia, suspende el cobro, **sin necesidad de prueba ulterior sobre el propósito consiente de defraudar.**[35]

4. Efectos jurídicos de una representación falsa sobre el cobro de una póliza de seguros

Si se establece que la omisión material o la representación incierta es la causa próxima de o en su defecto hubiese contribuido a la pérdida, entonces el consentimiento del asegurador estuvo viciado. Bajo este supuesto, el asegurador puede negarse a honrar la reclamación,[36] devolver las primas pagadas[37] y pagar los intereses legales correspondientes.[38]

5. El estándar de "ordinary care" aplica al solicitante de una póliza de seguro de vida.

Finalmente, en la mayoría de las jurisdicciones examinadas, el solicitante de un seguro de vida tiene la obligación de entender el contenido de la solicitud de seguro.[39] De no saber leer, deben buscar a alguien que le lea la póliza o se la explique:

> **A majority of jurisdictions hold that if the applicant is unable to read or understand the application, it is the applicant's duty to have someone read or explain it before signing.** In most cases, the proposed insured is deemed to know the contents of a signed application and is bound by the statements contained in the application. In other words, **life insurance applicants are obligated to exercise the ordinary care required in a business transaction. The "duty to read" rests on the sound policy objective" of avoiding the mischief and fraud that**

---

[35] *R. Cruz, op. cit.*, pág. 118.
[36] *Id.*, pág. 112.
[37] Véase, además, J. E. Thomas y otro, *op. cit.*, sec.83, pag.31, donde se establece lo siguiente:

> Almost all jurisdictions require to return the premiums paid plus interest as condition of voiding a life insurance policy.

[38] *Id.*, sec. 83, pág. 29.
[39] J. E. Thomas y otro, *op. cit*, sec.83, pág. 58.

> **would ensue if applicants were permitted to escape responsibility for misrepresentations by merely claiming they had not read the application.**
>
> **Thus, even where the agent deliberately makes the misrepresentation on the policy application, there can be no recovery on the policy where the insured, failing to read the application, affirms the accuracy of the statements made.**[40]

B.

Como regla general, un tribunal apelativo no debe intervenir con la apreciación de la prueba, la adjudicación de credibilidad y las determinaciones de hecho que realiza el foro primario, a menos que se demuestre que el juzgador haya incurrido en error manifiesto, pasión, prejuicio o parcialidad.[41] Esto, pues en nuestro ordenamiento jurídico se le concede deferencia a la apreciación de la prueba del foro sentenciador, porque al ser una tarea llena de elementos subjetivos, es quien está en mejor posición para aquilatarla.[42] Sin embargo, podemos revisar la apreciación de la prueba del Tribunal de Primera Instancia cuando "[…] de un análisis de la totalidad de la evidencia, este Tribunal queda convencido de que se cometió un error, […] [porque] las conclusiones están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la evidencia recibida".[43]

Finalmente, cuando las conclusiones de hecho del foro de instancia están basadas en prueba pericial o

---

[40] *Id.*, págs. 57-58. (Énfasis suplido).
[41] *Sucn. Rosado v. Acevedo Marrero*, 196 DPR 884,917 (2016); *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750 (2013).
[42] *Id.*; *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, 177 DPR 345 (2009).
[43] *Pueblo v. Toro Martínez*, 200 DPR __, 2018 TSPR 145, citando a *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, *supra.*

documental, el tribunal revisor se encuentra en la misma posición que el foro recurrido.[44]

-III-

En síntesis, Triple-S impugna la apreciación de la prueba. A su entender, el asegurado omitió información pertinente, por lo cual su consentimiento estuvo viciado y la póliza de seguro es nula. Bajo este supuesto, no tiene que pagar el importe de la póliza.

En cambio, la señora Perry alega, que en su sana discreción, el TPI concedió la credibilidad que le merecieron los testigos. Específicamente sostiene, que el foro sentenciador actuó correctamente al otorgar credibilidad al testimonio de la señora Williams, quien declaró, que desde el principio de la relación comercial entre el asegurado y Triple S, el señor Herrera le informó al representante de ventas de la apelante que tenía cáncer y este último, voluntariamente, no incluyó dicha información en la solicitud.

Nuestro examen de la totalidad de la evidencia revela que los siguientes hechos no están en controversia:

1. El 4 de enero de 2012 el señor Herrera cumplimentó una Solicitud de Seguro Ordinario de Débito Mensual. En la sección 13g se marcó NO a la siguiente pregunta: "Ha padecido o padece de cáncer…?".[45]

2. En el formulario intitulado Cuestionario Personal, suscrito el 27 de enero de 2012, se reitera la contestación negativa a la pregunta "¿Ha padecido o padece de cáncer, …"?[46]

---

[44] *Sucn. Rosado v. Acevedo Marrero*, *supra*, pág. 918; *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746 (2011).
[45] Apéndice de la apelante, págs. 62-63.
[46] *Id.*, págs. 178-183.

3. El 11 de marzo de 2012, Triple S Vida emitió la Póliza de Seguro de Vida número 1204-1231-001 a favor del señor Herrera como asegurado. La fecha de efectividad era el 1 de abril de 2012, su monto inicial era de $50,000.00, la beneficiaria era la señora Perry.[47]

4. El 17 de mayo de 2013, dentro del periodo de contestabilidad de la póliza, falleció el asegurado,[48] de cáncer,[49] condición preexistente a la suscripción de la póliza de seguro de vida en controversia.[50]

De la normativa previamente expuesta se desprende inequívocamente que existió una omisión o información incorrecta; en la solicitud para expedir la póliza de seguro 1204-1231-001, y en el Informe de Investigación; sobre un asunto material para la aceptación del riesgo y su ocurrencia, a saber, que el asegurado padecía cáncer; que anuló el consentimiento de Triple S Vida para aceptar el riesgo. De Triple S Vida haber conocido la verdad tras la declaración incorrecta, de buena fe no hubiera expedido la póliza. En consecuencia, la apelante no tiene que pagar el importe de la póliza.

Conforme a la normativa jurídica especial que regula los contratos de seguros, es impertinente que la incorrección de la omisión no sea intencional, que la haya conocido el agente de ventas de Triple S Vida o que el propuesto asegurado no haya leído la póliza. En el tipo de póliza de seguro de vida que Triple S le vendió al señor Herrera, que no requiere examen médico, la falsedad de la representación anula la póliza y en consecuencia, suspende el cobro sin

---

[47] *Id.*, págs. 54-61.
[48] *Id.*, pág. 48.
[49] TPO, págs. 116(7-25)-121(1-17).
[50] Apéndice de la apelante, págs. 32-116. Véase además, TPO, págs. 116(7-25)-121(1-17).

necesidad de prueba ulterior del propósito consciente de defraudar.

-IV-

Por los fundamentos expuestos, se revoca la *Sentencia* apelada. En consecuencia, Triple S Vida, Inc., no tiene que pagar el importe de la póliza 1204-1231-001 a la Sra. Mutima Perry Washington. Solamente le devolverá todas las primas pagadas y el interés legal correspondiente. Con tal propósito, se devuelve el caso al Tribunal de Primera Instancia para que celebre las vistas que estime pertinentes.

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

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones