

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL VI

DANNETTE COLÓN
BENÍTEZ POR SÍ Y EN
REPRESENTACIÓN DE LOS
MENORES DRC Y DRC;
CARMEN D. SÁNCHEZ

Apelados

v.

MULTINATIONAL LIFE
INSURANCE COMPANY Y
OTROS

Apelante

KLAN201900449

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de San
Juan

Civil Núm:
K AC2015-0938
(901)

Sobre:
Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez Vizcarrondo Irizarry, la Jueza Romero García y el Juez Torres Ramírez

Torres Ramírez, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 31 de julio de 2019.

I.

El 22 de abril de 2019, Multinational Life Insurance Company, (“MLIC”, “la parte demandada-apelante” o “la parte apelante”) presentó ante este foro *ad quem* una “Apelación”. Solicitó que revoquemos una “Sentencia”¹ emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan (“TPI”), el 19 de febrero de 2019, notificada el día 22. Mediante ésta, el TPI declaró “Ha Lugar” una demanda sobre incumplimiento de contrato instada por la señora Dannette Colón Benítez, por sí y en representación de sus dos hijos menores de edad, y la señora Carmen D. Sánchez (“la parte demandante-apelada” o “la parte apelada”).² Oportunamente, el 11 de marzo de 2019, la parte apelante presentó una “Solicitud

¹ Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, págs. 152-159.

² Cabe señalar que, aunque la demanda instada por la parte apelada era sobre incumplimiento de contrato y daños y perjuicios, el TPI únicamente declaró con lugar la acción sobre incumplimiento de contrato y desestimó la de daños y perjuicios por insuficiencia de la prueba. Véase, Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, págs. 158-159.

de Determinaciones de Hechos Adicionales y de Reconsideración”³, la cual fue declarada “No Ha Lugar” mediante “Resolución”⁴ notificada el 19 de marzo de 2019.

Cabe señalar que, junto al recurso de apelación, la parte apelante sometió un escrito intitulado “Solicitud de Autorización al Amparo de las Reglas 20, 21 y 76 del Reglamento para que se Permita Utilizar Transcripción del Juicio en su Fondo para la Apelación de Epígrafe”. Anejo a ésta un borrador de la transcripción de la prueba oral. El 25 de abril de 2019, emitimos una “Resolución y Orden #2” en la que, entre otras cosas, tomamos conocimiento judicial que de la Hon. Ladi V. Buono De Jesús autorizó la regrabación de los procedimientos del caso núm. K AC2015-0938 y le concedimos un término a la parte apelada para que expresara su anuencia u objeción a la transcripción. Además, le advertimos a la parte apelada que, de no comparecer, entenderíamos que estipulaba el borrador y lo acogeríamos como la transcripción de la prueba oral.

Transcurrido el término concedido y dada la incomparecencia de la parte apelada, emitimos una “Resolución” el 9 de mayo de 2019, notificada el día 10, mediante la cual acogimos el borrador como la transcripción final y le concedimos un plazo de treinta (30) días a la parte apelada para someter su alegato en oposición. El 10 de mayo de 2019, la parte apelante sometió una moción para que se le permitiera someter un alegato suplementario. En la misma fecha, la parte apelante presentó su “Alegato Suplementario” y, el 15 de mayo de 2019, emitimos una “Resolución” aceptando el referido escrito. Así las cosas, el 10 de junio de 2019, la parte apelada presentó un escrito intitulado “Alegato de la Parte Apelada”.⁵

³ Anejo 40 del Apéndice de la Apelación, págs. 160-188.

⁴ Anejo 41 del Apéndice de la Apelación, págs. 189-190.

⁵ A pesar de lo dispuesto en el tercer párrafo de la Regla 22 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, la parte apelada no sometió “Alegato de réplica”.

Con el beneficio de la comparecencia de las partes, procederemos a reseñar los hechos pertinentes a la apelación que nos ocupa.

II.

La controversia del caso de autos gira en torno a un contrato de seguro suscrito por el Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA⁶ (“Plan de Bienestar”) y Multinational Life Insurance Company. El Plan de Bienestar es una institución creada al amparo de la Ley Federal “Employee Retirement Income Security Act” (“ERISA”) cuyo propósito es administrar los beneficios de los trabajadores de muelles.⁷ El Plan de Bienestar se creó mediante la constitución de un fideicomiso en el que figuran tres miembros en representación de los patronos navieros y tres miembros en representación de los trabajadores.⁸ Los seis miembros arriba mencionados son los fiduciarios del Plan de Bienestar y, a su vez, componen la Junta de Síndicos.⁹

Por otro lado, surge de la transcripción de la prueba oral que la escritura de constitución de fideicomiso requería que se creara un reglamento interno mediante el cual se establecieran, entre otras cosas, los poderes y facultades de la Junta de Síndicos y los programas [beneficios] que se iban a desarrollar.¹⁰ Entre los beneficios que se ofrecen a los miembros del Plan de Bienestar está el programa de servicios médicos y el programa de seguros. Éste último programa se subdivide en varias clases de seguros, a saber: 1) seguro de vida; 2) seguro de muerte accidental y desmembramiento; 3) seguro funeral; 4) “seguro de dietas” [seguro por pérdida de ingreso por incapacidad]; y 5) seguro de cáncer.¹¹

⁶ Unión de Trabajadores de Muelles-Puerto Rico Shippers Association.

⁷ Véase, Transcripción de la Prueba Oral, (“TPO”), págs. 24, líneas 32-34 y 25, líneas 1-2.

⁸ Véase, TPO, pág. 25, líneas 2-5.

⁹ Íd., líneas 5-7.

¹⁰ Ídem., líneas 7-11 y pág. 28, líneas 10-13.

¹¹ Véase, TPO, pág. 29, líneas 25-34 y 30, líneas 1-4.

De manera que, el Plan de Bienestar es el “policyholder” o tenedor de póliza. El tenedor de póliza es la persona -natural o jurídica- que posee una póliza de seguro, independientemente de si esa persona es la persona asegurada. (Traducción nuestra.)¹² De manera que, en el caso de epígrafe, MLIC, compañía aseguradora, expidió una póliza grupal a favor del Plan de Bienestar, tenedor de póliza, y ofreció cubierta a sus miembros.

El 21 de octubre de 2015, la parte demandante-apelada incoó una “Demanda”¹³ sobre incumplimiento de contrato y daños y perjuicios contra MLIC. La co-demandante, la señora Dannette Colón Benítez, estaba casada con el señor Héctor Roldán Sánchez (señor “Roldán Sánchez”), quien falleció el 28 de marzo de 2013. En la demanda se alegó que, “al momento de su muerte, [el señor Roldán Sánchez] tenía vigente una póliza de seguro de vida con Multinational, con el número L-4082, ascendiente a \$100,000.00”.¹⁴ Se expresó que los beneficiarios de la referida póliza lo eran los co-demandantes, a saber; la señora Dannette Colón Benítez, viuda del señor Roldán Sánchez, los dos hijos menores de edad procreados durante el matrimonio habido entre el señor Roldán Sánchez y la señora Colón Benítez, y la señora Carmen D. Sánchez, madre del señor Roldán Sánchez.

En síntesis, la parte demandante-apelada argumentó que, tras el fallecimiento del señor Roldán Sánchez, presentó la reclamación correspondiente a la parte demandada-apelante para el pago de la póliza. No obstante, el 12 de noviembre de 2014, MLIC le notificó a los demandantes su decisión de denegar la reclamación. Ante la denegatoria de MLIC, la parte apelada presentó la correspondiente demanda y solicitó al TPI que le ordenara a la parte

¹² *Black's Law Dictionary*, fourth pocket ed., Minnesota, West Publishing Company, 2011, pág. 576.

¹³ Anejo 1 del Apéndice de la Apelación, págs. 1-3.

¹⁴ *Íd.*, pág. 2. El señor Roldán Sánchez tenía la referida póliza como parte de los beneficios que recibía por ser miembro del Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA.

demandada-apelante pagar la póliza, más una suma no menor de \$50,000.00 por cada uno de los demandantes, en concepto de los daños y perjuicios ocasionados.

La parte demandada-apelante presentó su “Contestación a la Demanda” el 4 de enero de 2016.¹⁵ Negó la mayoría de las alegaciones en su contra. Sostuvo que no había incurrido en incumplimiento de contrato al denegar la reclamación presentada por los co-demandantes, toda vez que: “el fenecido [el señor Roldán Sánchez] no era elegible bajo la póliza por no encontrarse trabajando con el patrono tenedor de la misma al momento de su fallecimiento”, lo cual era una de las condiciones para ser elegible bajo la póliza.¹⁶ Una vez culminó el descubrimiento de prueba y luego de varios trámites procesales, el 2 de agosto de 2017, se celebró la Conferencia con Antelación al Juicio, en la que se dio por aprobado el “Informe Preliminar entre Abogados”. Además, el TPI señaló el juicio en su fondo para los días 12 y 14 de junio de 2018.¹⁷

Así las cosas, el 12 de junio de 2018, antes de iniciar el juicio, la Ilustrada jueza a su cargo¹⁸ hizo constar para récord que, en el acta de conferencia con antelación al juicio, los litigantes habían estipulado varios hechos, a saber:

1. La Codemandante, Dannette Colón Benítez, era la esposa del Sr. Héctor Roldán Sánchez.
2. La Codemandante, Carmen D. Sánchez, era la madre del Sr. Héctor Roldán Sánchez.
3. Derek y Denzel Roldán Colón, quienes comparecen representados por Dannette Colón Benítez, eran los hijos del Sr. Héctor Roldán Sánchez.
4. El Sr. Héctor Roldán Sánchez, trabajó hasta noviembre de 2010 para UTM-PRSSA.
5. El Sr. Héctor Roldán Sánchez, falleció el 28 de marzo de 2013.
6. Al 28 de marzo de 2013 UTM-PRSSA, era acreedor de una póliza de seguro de vida grupal número L-4082, llamada Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA, con una cobertura

¹⁵ Anejo 4 del Apéndice de la Apelación, págs. 8-12.

¹⁶ Íd., pág. 9, párrafo 8.

¹⁷ Aunque de la Sentencia surge que el juicio se celebró los días 12 y 14, la celebración de este fue únicamente el día 12 de junio de 2018.

¹⁸ Hon. Rebecca De León Ríos.

de hasta \$100,000.00, expedida por Multinational [Life] Insurance Company.¹⁹

Además, surge de autos que las partes estipularon la siguiente prueba documental²⁰:

- Exhibit 1-Conjunto: Póliza UTM-PRSSA 1-4082-000 (15 folios)²¹;
- Exhibit 2-Conjunto: Carta del 30 de mayo de 2013, suscrita por la señora Migdalia Rosario, Gerente del Departamento de Reclamaciones de MLIC, dirigida al señor Wilfredo García Burgos, Director del Plan de Bienestar, (1 folio)²²;
- Exhibit 3-Conjunto: Carta del 31 de julio de 2013, suscrita por el señor Wilfredo García Burgos dirigida a la señora Migdalia Rosario (2 folios)²³; y
- Exhibit 4-Conjunto: Carta del 13 de noviembre de 2013, suscrita por la señora Migdalia Rosario dirigida al señor Wilfredo García Burgos (1 folio)²⁴.

La parte demandante-apelada sometió la siguiente prueba documental²⁵:

- Exhibit 1: Solicitud de Beneficio de Muerte;
- Exhibit 2: Carta del 5 de agosto de 2013, suscrita por el señor Wilfredo García Burgos; y
- Exhibit 3: Carta del 26 de agosto de 2013, suscrita por el señor Wilfredo García Burgos.

A su vez, ambas partes presentaron prueba testifical. A continuación, un resumen de ésta.

- **Testigo #1 de la parte demandante-apelada:** El señor Wilfredo García Burgos²⁶ (Director del Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA). El señor García Burgos declaró sobre el Plan de Bienestar como entidad y su propósito; sobre la administración del plan; y sobre la Junta de Síndicos, su composición y facultades. Además, declaró sobre los beneficios de los socios bajo el plan, entre ellos el seguro de vida. También, testificó sobre el procedimiento que lleva a cabo el plan para la adquisición de una póliza de seguro de vida grupal y, específicamente, sobre el proceso de negociación que se llevó a cabo para la adquisición de la póliza con MLIC; sobre el contenido de la póliza; la definición de los socios elegibles para el seguro de vida grupal; las designaciones en las diferentes categorías de los socios; y sobre el listado de socios elegibles. A su vez, atestó sobre el proceso de reclamación que llevó a cabo la parte demandante.
- **Testigo #2 de la parte demandante-apelada:** La señora Dannette Colón Benítez²⁷ (co-demandante, viuda del señor Roldán Sánchez). La señora Colón Benítez

¹⁹ Véase, Anejo 24 del Apéndice de la Apelación, págs. 61-62; Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, págs. 152-153; T.P.O., págs. 19-20.

²⁰ Véase, Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, págs. 152-153.

²¹ Exhibit 1 del Apéndice de la Apelación, págs. 198-212.

²² Exhibit 2 del Apéndice de la Apelación, pág. 213.

²³ Exhibit 3 del Apéndice de la Apelación, págs. 214-215.

²⁴ Exhibit 4 del Apéndice de la Apelación, pág. 216.

²⁵ Véase, Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, pág. 152.

²⁶ TPO, págs. 24-69.

²⁷ TPO, págs. 69-76.

declaró sobre las condiciones de salud del señor Roldán Sánchez; sobre los beneficios que éste recibía como socio del Plan de Bienestar; sobre su designación como beneficiaria de la póliza de seguro en controversia y sobre el proceso de reclamación que llevó a cabo ante MLIC. Además, testificó sobre los daños sufridos como consecuencia de la denegatoria de la aseguradora a pagar el monto de la póliza a los beneficiarios.

- **Testigo #3 de la parte demandante-apelada:** La señora Carmen D. Sánchez ²⁸ (co-demandante). La señora Sánchez se limitó a declarar sobre su designación como beneficiaria de la póliza de seguro en controversia y los daños sufridos como consecuencia de la denegatoria de la aseguradora a pagar el monto de la póliza a los beneficiarios.
- **Testigo de la parte demandada-apelante:** El señor Gustavo Lugo Torres (Vicepresidente de Reclamaciones de MLIC).²⁹ El señor Lugo Torres testificó sobre la póliza de seguro de vida en controversia; sobre los términos, condiciones, exclusiones, límites y reservas de ésta. A su vez, declaró sobre las clasificaciones de los socios elegibles establecidas en la póliza; sobre el proceso de negociación que se llevó a cabo MLIC con el Plan de Bienestar y sobre las facultades que tiene el plan y las que corresponden exclusivamente a la aseguradora. Además, declaró, en términos generales, sobre el proceso de evaluación de una póliza grupal y de una reclamación. Particularmente, declaró sobre la inelegibilidad del señor Roldán Sánchez para recibir los beneficios de la póliza en controversia y, como resultado, sobre el proceso de denegatoria de la reclamación.

Finalizado el juicio, el TPI le concedió un término de treinta (30) días a las partes para que sometieran memorandos de derecho a la luz de la prueba desfilada. Una vez presentados los memorandos de derecho, el TPI dictó la sentencia apelada. Determinó, entre otras cosas, que el denegar la reclamación presentada por la parte demandante, la parte demandada incumplió el contrato de seguro. Por ello, el TPI condenó a la parte demandada-apelante al pago de las siguientes sumas: cuarenta mil dólares (\$40,000.00) a la señora Dannette Colón Benítez, diez mil dólares (\$10,000.00) a la señora Carmen D. Sánchez, y veinticinco mil dólares (\$25,000.00) a cada uno de los hijos menores de edad del señor Roldán Sánchez, todo en concepto del beneficio de la póliza de seguro más los intereses correspondientes.

²⁸ TPO, págs. 77-79.

²⁹ TPO, págs. 82-107.

Inconforme, la parte demandada-apelante acudió a este Foro Apelativo e imputó al foro *a quo* los siguientes errores:

PRIMERO: ERRÓ EL HONORABLE TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL DECLARAR CON LUGAR LA DEMANDA CONTRA MULTINATIONAL LIFE A PESAR DE QUE EL SR. HÉCTOR ROLDÁN SÁNCHEZ NO CUMPLÍA CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA GRUPAL EXPEDIDA EN FAVOR DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA.

SEGUNDO: ERRÓ EL HONORABLE TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL RESOLVER QUE LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD ERA UNO (SIC) INHERENTE, EXCLUSIVO Y DE LA PRERROGATIVA DEL PLAN DE BIENESTAR DE LA UTM-PRSSA.

TERCERO: ERRÓ EL HONORABLE TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL RESOLVER QUE LA JUNTA DE SÍNDICOS DEL PLAN DE BIENESTAR DE LA UTM-PRSSA TAMBIÉN TENÍA LA POTESTAD DE INCLUIR EN LA PÓLIZA ASÍ COMO DETERMINAR QUE UN SOCIO FUERA ELEGIBLE PARA LA MISMA, AÚN ASÍ NO CUMPLIERA CON LOS CRITERIOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO GRUPAL EXPEDIDA POR LA ASEGURADORA, EN ESTE CASO MULTINATIONAL LIFE (SIC).

CUARTO: ERRÓ EL HONORABLE TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL DETERMINAR QUE MULTINATIONAL LIFE RENUNCIÓ A SU DERECHO DE DENEGAR EL PAGO DEL SEGURO DE VIDA POR FALTA DE ELEGIBILIDAD AL AMPARO DE LAS DOCTRINAS DE WAIVER Y ESTOPPEL.

QUINTO: ERRÓ EL HONORABLE TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA AL UTILIZAR FUERA DE CONTEXTO, DE FORMA AISLADA, Y SIN EVALUAR LA TOTALIDAD DE LA PÓLIZA, UNA CLÁUSULA DE LA MISMA, A LOS EFECTOS DE DETERMINAR QUE POR ELLO MULTINATIONAL LIFE QUEDABA OBLIGADA A CONSIDERAR COMO ASEGURADO A CUALQUIER PERSONA O SOCIO DEL PLAN DE BIENESTAR DE LA UTM QUE NO CUMPLIERA CON LOS CRITERIOS O CATEGORÍAS DE LA MISMA.

En esencia, la parte apelante le imputó al TPI que se equivocó al concluir que la determinación de elegibilidad de los socios en relación a la cubierta de la póliza correspondía al Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA. Argumentó que el TPI confundió las funciones de agrupación y clasificación de los socios por parte del Plan de Bienestar *vis a vis* los criterios y condiciones para la elegibilidad establecidos por la aseguradora en la póliza. Alegó que, MLIC no delegó la facultad de determinar la elegibilidad de los socios en el Plan de Bienestar, sino que, por el contrario, los requisitos para determinar cuáles socios eran elegibles, y por tanto estaban cubiertos, surgían claramente de la póliza. Por ello, arguyó que las clasificaciones de los miembros en Clase 1 y Clase 2 que realizó el Plan de Bienestar está dentro de su facultad interna de agrupar a

sus socios, sin que se entienda que es el Plan de Bienestar quien determina cuándo un socio es elegible y, por tanto, está cubierto por la póliza.

Adujo, que la póliza de seguro establecía, claramente, los requisitos con los que debía cumplir un socio para que procediera la concesión de cubierta, entre ellos, el requisito de estar “actively at work”. Sostuvo que el señor Roldán Sánchez nunca estuvo cubierto bajo la póliza de seguro de vida grupal expedida por MLIC a favor del Plan de Bienestar porque éste no cumplía con el mencionado requisito. Fundamentó su argumento en que la póliza nunca lo cobijó, ni si quiera cuando se expidió y entró en efectividad, allá para el 1 de enero de 2013, ya que éste no se encontraba trabajando desde noviembre de 2010. Además, arguyó que como resultado procedía denegar la reclamación presentada por los beneficiarios del señor Roldán Sánchez pues éste no cumplía con los requisitos previamente establecidos en la póliza y que eran necesarios para la existencia de cubierta. Finalmente, la parte apelante argumentó que el TPI no analizó las diversas cláusulas de la póliza ni de forma individual ni de forma conjunta, según los principios de interpretación de los contratos y lo dispuesto en el Art. 11.250 del Código de Seguros.

Por otro lado, la parte apelada alegó que el Plan de Bienestar era quien determinaba cuáles de sus socios eran elegibles para la póliza de seguro de vida. Argumentó que el contrato de seguro no establecía ningún requisito de horas de trabajo para que un socio fuera elegible bajo la póliza, y, por lo tanto, al guardar silencio, fue el Plan de Bienestar quien determinó el número de horas que cada socio debía cumplir. En consecuencia, esgrimió que se debe concluir que es el Plan de Bienestar el que tiene la facultad de determinar la elegibilidad y no la aseguradora.³⁰ Además, alegó que, dada la

³⁰ TPO, pág. 32, líneas 18-33.

facultad que tiene el Plan de Bienestar para determinar cuáles socios son elegible, basado en las horas trabajadas o en su autoridad eximir a un socio del cumplimiento de las horas, no procedía que MLIC denegara la reclamación presentada en el caso del señor Roldán Sánchez. Esto así, pues el Plan de Bienestar determinó que el señor Roldán Sánchez era un socio elegible a pesar de no estar activamente trabajando y de no cumplir con las horas requeridas para ser un socio elegible Clase 1 o Clase 2.

También, la parte apelada sostuvo que el señor Roldán Sánchez sometió una petición de reconsideración ante la Junta de Síndicos, cuerpo con facultad para determinar la elegibilidad de los socios para fines de recibir los beneficios del Plan de Bienestar entre los cuales se encuentra el seguro de vida en controversia. Solicitó que lo incluyeran en el listado de socios que recibía el beneficio del seguro de vida.³¹ Añadió que, luego de evaluar la petición de reconsideración del señor Roldán Sánchez, el 17 de enero de 2013, la Junta de Síndicos aprobó que se le concediera el beneficio del seguro de vida.³² Reiteró que es al Plan de Bienestar a quien corresponde la determinación de a cuáles de los socios se pretende extender el beneficio, ya que los criterios de determinación de elegibilidad, selección y agrupación de socios son exclusivos e inherentes a éste.³³

Por último, la parte apelada adujo que la parte apelante asumió un riesgo. Específicamente, sostuvo que luego de que MLIC recibiera el listado de los socios, en el que posteriormente se incluyó al señor Roldán Sánchez, ésta asumió un riesgo al no verificar las circunstancias personales de los miembros de la lista y enviar la factura para el pago de la prima sin más trámite. Arguyó que, por lo anterior, y dado al conocimiento que tenía la parte apelante de que

³¹ TPO, pág. 33, líneas 12-34; pág. 34, líneas 1-10.

³² Íd., pág. 34, líneas 13-15.

³³ Exhibit 3, del Apéndice de la Apelación, pág. 215.

la facultad de determinar elegibilidad recaía en el Plan de Bienestar, aplican las doctrinas de renuncia e impedimento y, en consecuencia, la aseguradora no puede denegar la cubierta bajo el fundamento de que no se cumple con los requisitos de elegibilidad.

III.

Dado los errores imputados al TPI, mencionaremos algunas normas, figuras jurídicas, máximas y casuística atinentes a la apelación que nos ocupa.

-A-

En nuestra jurisdicción la industria de seguros está revestida de un gran interés público debido a su importancia, complejidad y efecto en la economía y la sociedad. *Jiménez López et al. v. SIMED*, 180 DPR 1, 8 (2010) (Sentencia), citando a *SLG Francis-Acevedo v. SIMED*, 176 DPR 372 (2009).³⁴ Como resultado de lo anterior, el negocio de seguros ha sido regulado ampliamente por el Estado, principalmente mediante el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, 26 LPRA sec. 101 *et seq.*, (“Código de Seguros”). *Echandi Otero v. Stewart Title*, 174 DPR 355, 369 (2008). El referido estatuto define el contrato de seguros como aquel “contrato mediante el cual una persona se obliga a indemnizar a otra o a pagarle o a proveerle un beneficio específico o determinable al producirse un suceso incierto previsto en el mismo”. Art. 1.020 del Código de Seguros.³⁵

Sobre el contrato de seguros, el Tribunal Supremo ha expresado que:

Es un mecanismo para enfrentar la carga financiera que podría causar la ocurrencia de un evento específico. Los aseguradores, mediante este contrato, asumen la carga económica de los riesgos transferidos a cambio de una prima. El contrato de seguros, es pues, un contrato voluntario mediante el cual, a cambio de una prima, el asegurador asume unos riesgos. La asunción de riesgos es, por lo tanto, uno de los elementos principales de este

³⁴ Véase, además, *Echandi Otero v. Stewart Title*, 174 DPR 355 (2008); *Comisionado de Seguros v. PRIA*, 168 DPR 659 (2006); *PFZ Props., Inc. v. Gen. Acc. Ins. Co.*, 136 DPR 881 (1994).

³⁵ 26 LPRA sec. 102.

contrato. En resumen, en el contrato de seguros se transfiere el riesgo a la aseguradora a cambio de una prima y surge una obligación por parte de ésta de responder por los daños económicos que sufra el asegurado en caso de ocurrir el evento específico. *Cooperativa Ahorro y Crédito Oriental v. SLG*, 158 DPR 714, 721 (2003), citando a *Aseg. Lloyd & London et al. v. Cía. Des. Comercial*, 126 DPR 251, 266-267 (1990).

Por otra parte, existen distintos tipos de contratos de seguros. Entre éstos, se encuentran los contratos de seguro de vida. El Art. 4.020 del Código de Seguros³⁶ define el contrato de seguro de vidas como “el seguro sobre vidas humanas o seguro correspondiente a las mismas, o relacionadas con éstas. En esencia, es un acuerdo sobre “vidas humanas” a través del cual una persona se obliga a indemnizar a otra o, a proveerle un beneficio específico o susceptible de ser determinado al producirse el suceso previsto en el contrato”. *Vélez et al. v. Bristol-Myers*, 158 DPR 130, 135 (2002). El licenciado Manuel Tirado Viera, citado por nuestro Más Alto Foro en *Vélez et al. v. Bristol-Myers*, supra, ha definido “la póliza de seguro de vida como aquel contrato mediante el cual el asegurador se obliga, mediante el premio estipulado, a entregar al contratante o al beneficiario un capital o renta al verificarse el acontecimiento previsto o durante el término señalado”. M. Tirado Viera, *Fundamentos de las Contribuciones sobre Ingresos de Puerto Rico*, 2da ed. rev., pág. 39, 1986. En resumen, “[e]l contrato o póliza de seguro de vida es un contrato entre una persona y un asegurador que provee para el pago de una suma específica de dinero al beneficiario designado en la póliza al morir el asegurado. *TOLIC v. Febles Gordián*, 170 DPR 804, 812 (2007).

A su vez, en la definición de seguro de vida, está incluido el contrato o póliza de seguro de vida de grupo o colectivo, que es el seguro que un patrono paga para cubrir la vida de sus empleados. Íd., pág. 47. El Capítulo 14 del Código de Seguros establece las

³⁶ 26 LPRA sec. 402.

disposiciones relativas a los seguros colectivos de vida. El Art. 14.010 (4)³⁷, en lo pertinente al caso de autos, define el seguro de vida colectivo como:

Una póliza emitida a favor de los fiduciarios de un fondo establecido por dos o más patronos en la misma industria o por una o más uniones obreras, o por uno o más patronos y una o más uniones obreras, cuyos fiduciarios se considerarán como los tenedores de la póliza, para asegurar empleados de los patronos o a miembros de las uniones en beneficio de personas que no sean los patronos o las uniones, [...].

-B-

El Tribunal Supremo se ha expresado, en múltiples ocasiones, sobre la relación entre aseguradora y asegurado. En cuanto a ello, ha dispuesto que la misma es una de naturaleza contractual, que se rige por lo pactado en el contrato de seguros, “que constituye la ley entre las partes”. *TOLIC v. Febles Gordián*, supra. Partiendo de lo anterior, el Código de Seguros establece la norma de hermenéutica aplicable a la interpretación de las pólizas de seguros. *Echandi Otero v. Stewart Title*, ante, pág. 369. La misma dispone que todo contrato de seguro debe 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 que sean añadidos a la póliza para formar parte de ésta. Art. 11.250 del Código de Seguros.³⁸ Véase, además, *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, 185 DPR 880 (2012); *Echandi Otero v. Stewart Title*, supra; *Monteagudo Pérez v. ELA*, 172 DPR 12 (2007); *Cooperativa Ahorro y Crédito Oriental v. SLG*, 158 DPR 714 (2003); *Domínguez Vargas v. Great American Life*, 157 DPR 690 (2002); *Díaz Ayala v. E.L.A.*, 153 DPR 675 (2001); *Quiñones López v. Manzano Posas*, 141 DPR 139, 154 (1996); *PFZ Props Inc. v. Gen. Acc. Ins. Co.*, 136 DPR 881 (1994).

³⁷ 26 LPRA sec. 1401 (4).

³⁸ 26 LPRA sec. 1125.

“Es decir que, al interpretarse la póliza, ésta [interpretación] debe hacerse conforme al propósito de la misma, o sea, el ofrecer protección al asegurado”. *Cooperativa de Ahorro y Crédito Oriental v. SLG*, supra, pág. 723. Por ello, “no se favorecerán interpretaciones sutiles que le permitan a la aseguradora evadir su responsabilidad”. *Íd.* Consecuentemente, la labor de los tribunales consiste en buscar el sentido y significado que le daría una persona de normal inteligencia, que fuese a comprar la póliza, a las cláusulas en ésta contenidas. *Domínguez Vargas v. Great American Life*, supra; *Quiñones López v. Manzano Posas*, supra, pág. 155; *PFZ Props Inc. v. Gen. Acc. Ins. Co.*, supra.

Ahora bien, es norma trillada en nuestro ordenamiento jurídico que los contratos de seguros son considerados contratos de adhesión. Como resultado, cuando éstos contienen una cláusula confusa, la misma se interpretará liberalmente a favor del asegurado. *Quiñones López v. Manzano Posas*, supra, pág. 155. Así, en caso de dudas al interpretar una póliza, éstas deben resolverse de modo que se alcance el propósito de la misma; esto es: el proveer protección al asegurado. *Íd.* No obstante, este análisis no se puede realizar de manera desenfrenada sino únicamente cuando se justifique y surja claramente la necesidad de interpretación. Ello, como corolario del principio básico de derecho contractual que dispone que cuando los términos y condiciones son claros, específicos y libres de ambigüedades, los mismos son obligatorios entre las partes. *Íd.* Véase, además, *García Curbelo v. A.F.F.*, supra; Art. 1210 del Código Civil de Puerto Rico³⁹.

Cónsono con lo anterior, nuestro Máximo Foro ha reiterado que: el que los contratos de seguro sean considerados contratos de adhesión, no tiene el efecto de obligar a que se interpreten sus cláusulas a favor del asegurado cuando sus términos son claros.

³⁹ 31 LPRC sec. 3375.

Torres v. E.L.A., 130 DPR 640, 652 (1992). Cuando los términos, condiciones y exclusiones de un contrato de seguros son claros, específicos y no dan margen a ambigüedades o diferentes interpretaciones, deben hacerse valer de conformidad con la voluntad de las partes, pues en ausencia de ambigüedad las cláusulas del contrato son obligatorias. *Martínez Pérez v. U.C.B.*, 143 DPR 554 (1997). Por lo tanto, aun cuando un contrato de seguro debe ser interpretado liberalmente a favor del asegurado —por ser un contrato de adhesión— si el lenguaje del contrato es explícito, no queda margen para interpretaciones que violenten obligaciones contraídas al amparo de la ley, que se atengan a lo acordado por las partes y que no contravengan el interés público. *Rivera Robles v. Insurance Co. of Puerto Rico*, 103 DPR 91 (1974).

En nuestra jurisdicción, las relaciones contractuales se rigen, entre otros, por el principio de *pacta sunt servanda*. El referido principio, estatuido en el Art. 1044 del Código Civil de Puerto Rico, establece que “[l]as obligaciones que nacen de los contratos tienen fuerza de ley entre las partes contratantes, y deben cumplirse al tenor de los mismos”. 31 LPRA sec. 2994; *PRFS v. Promoexport*, 187 DPR 42, 52 (2012). Asimismo, cuando hablamos de la obligatoriedad de los contratos no solo nos limitamos a los términos expresamente pactados en el propio contrato, sino que abarca ‘todas las consecuencias que según su naturaleza sean conformes a la buena fe, al uso y a la ley’. Art. 1210 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA sec. 3375.

Por último, es norma reiterada que los principios generales del Código Civil, sobre interpretación de los contratos, aplicarán sólo de manera supletoria. *Banco de la Vivienda v. Underwriters*, 111 DPR 1 (1981); *Molina Texidor v. Centro Recreativo Plaza Acuática*, 166 DPR 260, 267 (2005) (Sentencia); Arts. 1233 a 1241 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA secs. 3471-3479. No obstante, al momento

de interpretar las cláusulas de una póliza de seguro debemos recordar que, aunque los seguros se rigen por una ley especial, por ser un contrato siempre le serán aplicables los principios cardinales del derecho contractual. En torno a esto, el Tribunal Supremo ha dispuesto que:

Un contrato de seguros, al igual que todo otro contrato, constituye la ley entre las partes siempre que concurren las tres condiciones esenciales para su validez, Artículo 1230, Código Civil de Puerto Rico, 31 L.P.R.A. sec. 3451; cuales son: consentimiento de los contratantes, objeto cierto que sea materia del contrato, y causa de la obligación que se establezca. Artículo 1213 del Código Civil, 31 L.P.R.A. 3391 . **Ambas partes, asegurador y asegurado, se obligan a cumplir con los términos y condiciones de la póliza.** Torres v. ELA, Opinión y Sentencia de 8 de junio de 1992, 130 DPR 640 (1992). (Énfasis nuestro.) *Quiñones López v. Manzano Posas*, supra, a la pág. 154.

-C-

Por otro lado, en el caso de *López Castro v. Atlantic Southern Ins. Co.*, 158 DPR 562, a las págs. 570-571 (2003), el Tribunal Supremo de Puerto Rico reiteró el alcance de las doctrinas de *waiver* y *estoppel*. Específicamente, nuestro Más Alto Foro señaló que:

Las doctrinas de "waiver" (renuncia) y "estoppel" (impedimento), las cuales permean todo el derecho, son de especial aplicación en el campo de los seguros debido a la naturaleza de adhesión de estos contratos. *Rosario v. Atl. Southern Ins. Co.*, ante; W. Vance, *Handbook on the Law of Insurance*, 3ra ed., Minnesota, West Publishing Co., 1951, Sec. 81, pág. 471. Los tratadistas en materia de seguros han definido *waiver* como el abandono intencional o cesión voluntaria de un derecho o privilegio conocido. 16B Appleman, *Insurance Law and Practice*, sec. 9081, págs. 489-492 (1981); Vance, ante, pág. 470; 6 *Holmes' Appleman on Insurance* 2d Sec. 43.1, pág. 670 (1998); 6 *Couch on Insurance* 2d Sec. 32:274, pág. 587 (1985). La doctrina de renuncia, o "waiver", conlleva intención por parte de la aseguradora de abandonar un derecho, como sería el de invocar la suspensión o caducidad del contrato de seguro por el incumplimiento de una de sus disposiciones. 6 *Holmes'*, ante, págs. 670-671.

Por otro lado, la doctrina de *estoppel*, o impedimento, se ha definido como la abolición de derechos y privilegios de la aseguradora cuando fuera contrario a la equidad permitir su afirmación. *Appleman*, ante, Vol. 16-B. Esta doctrina requiere demostrar que una de las partes en la transacción ha confiado en la apariencia creada por la otra y que resultaría en detrimento para la primera permitir que la segunda renuncie a los efectos de la apariencia creada. *Couch*, ante, Vol. 6, Sec. 32:270, pág. 583.

En materia de seguros, el ordenamiento jurídico ha establecido que estas doctrinas se extienden prácticamente a

cualquier situación en la cual la aseguradora niegue responsabilidad o "liability". *López Castro v. Atlantic Southern Inc. Co.*, supra, a la pág. 571; Cfr *Holmes'*, ante, Vol. 9, Sec. 57.15, págs. 416-417; 44 *Am Juris 2d Insurance* Sec. 1574 (1982). Las doctrinas de *waiver* y *estoppel* se han utilizado en diversas situaciones para demostrar que las aseguradoras han renunciado a términos y condiciones estipuladas por ellas en los contratos de seguros. Íd.; Cfr *Holmes'*, ante, Sec. 57.5, págs. 387-388; *Am Jur 2d, Insurance*, ante, Secs. 1571 y 1574. Así, las condiciones relativas a la caducidad y suspensión de las pólizas, (por ejemplo), pueden ser entendidas renunciadas por las aseguradoras en virtud de estas doctrinas, a través de sus actos o los de sus agentes. Íd. Esto impide que posteriormente las aseguradoras puedan levantar dichas condiciones contra el asegurado. Íbid.; Cfr *Holmes'*, ante, Vol. 5, Sec. 28.3, págs. 333-337; *Rosario v. Atl. Southern Ins. Co.*, ante.

Sin embargo, si bien las doctrinas de *waiver* y *estoppel* aplican ampliamente en el campo de los seguros, es norma conocida y reiterada que las mismas no se pueden utilizar para extender o ampliar la cubierta y el alcance de una póliza de seguro. *López Castro v. Atlantic Southern Ins. Co.*, supra, a la pág. 571 y demás casos allí citados. La sección 1558 de la colección de *American Jurisprudence*, trata sobre las limitaciones a la aplicabilidad de las doctrinas de *waiver* y *estoppel* en el campo del derecho de seguros.

En la referida sección se indica:

There are certain important limitations upon the extent of the applicability of the doctrines of waiver and estoppel as against an insurer, and as far as the doctrines are based on upon the conduct or action of the insurer, as a rule they are not available to bring within the coverage of a policy risks not covered by its terms or risks expressly excluded therefrom.⁴⁰

Cónsono con el marco legal antes reseñado, en *López Castro v. Atlantic Southern Ins. Co.*, supra, el Tribunal Supremo reiteró la

⁴⁰ 44A *Am Juris 2d Insurance* Sec. 1558 (2013).

norma adoptada, en *García Curbelo v. AFF*, 127 DPR 747 (1991). En lo pertinente, nuestro Máximo Foro expresó:

Este Tribunal en *García Curbelo v. A.F.F.*, 127 DPR 747 (1991), citando con aprobación a 16B Appleman, *Insurance Law and Practice*, sec. 9090 (1981), señaló que:

"Insurance contracts cannot be created by estoppel. That doctrine cannot be invoked by an insured to create a primary liability of the insurer for which all elements of binding contract are necessary ... It has been repeatedly held that the doctrines of waiver and estoppel cannot be used to extend the coverage of an insurance policy or create a primary liability, but may only affect rights reserved therein ... [U]nder no conditions can coverage be extended by waiver or estoppel ... **While a forfeiture of benefits contracted for an insurance policy may be waived, the doctrine of waiver or estoppel cannot create a liability for benefits not contracted for. Nor may a contract, under the guise waiver, be reformed to create a liability for a condition specifically excluded by the specific terms of the policy.**" *Id.* a las págs. 758-59. (Énfasis nuestro.)

Al así resolver, coincidimos y/o adoptamos en nuestra jurisdicción la norma mayoritaria vigente en la jurisdicción norteamericana. En dicha jurisdicción, los tribunales han distinguido entre condiciones que provocan la suspensión o caducidad de las pólizas, las cuales pueden ser renunciadas bajo las doctrinas de "waiver" y "estoppel"; y las condiciones o cláusulas dirigidas a la cubierta o alcance de la póliza, las cuales no pueden ser renunciadas bajo estas doctrinas por meros actos o conducta implícita sin que haya mediado acuerdo expreso. 1 A.L.R.3d 1139 sec. 1; 113 A.L.R. 857-71; 43 Am Jur 2d, *Insurance*, sec. 465, págs. 529-30. (Énfasis nuestro).⁴¹

Así pues, existen unas condiciones establecidas en la póliza que únicamente pueden ser renunciadas de forma expresa, por lo que las doctrinas de renuncia e impedimento no le son aplicables. Estas condiciones o cláusulas son aquellas dirigidas a la cubierta o alcance de la póliza. En el caso de *López Castro v. Atlantic Southern Ins. Co.*, supra, pág. 574, el Tribunal Supremo citó varios casos y nos ilustró del tipo de condición o cláusula – a la cual resultan inaplicables las doctrinas de *waiver* y *estoppel* – mencionadas por los tratadistas. En lo pertinente, en el referido caso se señaló:

Con relación a este particular, en *Reliance Insurance Company v. Escapade*, ante a la pág. 487, el Tribunal de Apelaciones para el Quinto Circuito se expresó de la siguiente manera:

"It is well settled that conditions going to the coverage or scope of a policy of insurance, as distinguished from those furnishing a ground for forfeiture, may not be waived by implication from conduct or action. The rule is that while an

⁴¹ *López Castro v. Atlantic Southern Ins. Co.*, ante, a las págs. 572-573.

insurer may be estopped by its conduct or its knowledge from insisting upon a forfeiture of a policy, **the coverage or restrictions on the coverage cannot be extended by the doctrine of waiver or estoppel**". (Énfasis nuestro.)

Al amparo de estas normas, un número considerable de estados han decidido que aceptar primas, luego de vencida una póliza, no constituye una renuncia o "waiver" de la cláusula que dispone sobre la terminación de la póliza. Ello debido a que dicha cláusula es una condición dirigida a la cobertura y alcance de la póliza y como tal, no puede ser extendida en virtud de estas doctrinas.

A tenor con ello, existen ciertas condiciones establecidas en la póliza, cuyo cumplimiento o incumplimiento afecta fundamentalmente las obligaciones que surgen del contrato de seguro. Consecuentemente, dada la importancia de estas condiciones, el ordenamiento jurídico requiere que la renuncia a éstas se realice expresamente, resultando inaplicable las doctrinas de renuncia e impedimento. Ello, por razón de que, aplicar las doctrinas antes mencionadas a estas condiciones, podría tener el efecto de extender la póliza a riesgos o eventos no pactados. Lo anterior, por ejemplo, podría resultar en la extensión de la póliza, ya sea ampliando la cubierta o imponiendo una responsabilidad a la aseguradora por riesgos que ésta no consintió asumir. Por lo tanto, reiteramos que tanto la cubierta como las restricciones a la cubierta, no se pueden extender o de alguna modificar implícitamente a través de la aplicación de las mencionadas doctrinas.

-D-

Es doctrina trillada que las **estipulaciones obligan tanto al Tribunal como a las partes**. Véase, entre otros, *Coll v. Picó*, 82 DPR 27, 36 (1960), y *Rivera Menéndez v. Action Service*, 185 DPR 431 (2012). En el normativo *Rivera Menéndez v. Action Service, supra*, págs. 439-440, nuestro Máximo Tribunal reiteró que:

Las estipulaciones son admisiones judiciales que implican un desistimiento formal de cualquier contención contraria a ellas. Estas son favorecidas en nuestro ordenamiento porque eliminan desacuerdos, y de esa forma, facilitan y simplifican la solución de las controversias jurídicas. Por ello, las estipulaciones son herramientas esenciales en las etapas iniciales del proceso judicial y su uso es promovido por las Reglas de Procedimiento Civil.

En nuestro ordenamiento jurídico se han reconocido tres clases de estipulaciones. Íd. La primera de éstas trata sobre las admisiones **de hechos** y tienen el efecto de relevar a la parte del requisito de probarlos. Una vez un hecho es estipulado no puede ser impugnado. La estipulación del hecho, de ordinario, constituye una admisión de su veracidad y obliga tanto a las partes como al tribunal. Íd. págs. 430-439; *Díaz Ayala et al. v. E.L.A.*, 153 DPR 675, 693 (2001); *Ramos Rivera v. E.L.A.*, 148 DPR 118, 126 (1999); *P.R. Glass Corp. v. Tribunal Superior*, 103 DPR 223, 230-231 (1975).

La segunda clase de estipulaciones es la que reconoce derechos. Por otro lado, la tercera clase de estipulación es aquella que trata sobre materias procesales, donde las partes pueden estipular la forma y manera en la que llevarán determinado curso de acción o el que se admita determinada prueba.⁴²

IV.

A tenor con las normas y casuística antes mencionada, nos corresponde determinar si el TPI cometió los errores imputados. Por estar íntimamente relacionados, discutiremos en conjunto los errores señalados.

Habida cuenta de que la controversia de autos tiene su génesis en un contrato de seguro, y tomando en cuenta la norma reiterada que el contrato es la ley entre las partes, procederemos a analizar las cláusulas, términos y condiciones del mismo, atinentes a la resolución de este caso. En primer lugar, la póliza de seguro define una serie de términos cuyo significado es vital para resolver la controversia que nos ocupa. En lo pertinente, la póliza define los términos “Individual or Member”, “Insured” y “Actively at work” de la siguiente manera:

Active work and Actively at Work- The performance of the regular duties of an Individual’s work for the Policyholder at

⁴² Dado que en este caso sólo hubo estipulaciones de hechos (o visto desde otra óptica no son controversias sobre los otros dos tipos de estipulaciones) no abundaremos sobre éstas.

the Individual's usual place of employment or as required by the Policyholder and for not less than the number of active working hours per week shown in the Policy Schedule.

An Individual will be deemed to be actively at work on:

1. regularly paid vacation;
2. regular non-work days on which the Individual is not disabled, if the Individual was actively at work on the last preceding regular work day, and the Policyholder intends for the Individual to return to work; and
3. while on leave qualified under any laws of the Commonwealth of Puerto Rico.

Individual or Member- A person who meets all the criteria under this Policy as stated in the Individual Provisions section, and meets the definition of "Actively at work" and for whom all appropriate premiums are paid.

Insured- A person who meets the eligibility requirements of the Policy when enrolling and is enrolled for this insurance.⁴³

A su vez, la parte de "Individual Provisions" establece las cláusulas relativas a la elegibilidad de una persona. En lo pertinente, dispone:

Eligibility

Individuals eligible for insurance are shown in the Policy Schedule. **The Individual must be actively at work at the time of application.** – The classes of Individuals eligible for Insurance under this Policy shall only be those classes which are reported in writing to the Company by the Policyholder.

[...]

Eligibility Date

This is the date the Individual first becomes eligible for Insurance under this Policy. The **conditions for eligibility** are shown on the Policy Schedule.

Effective Date

Each eligible Individual shall become insured on the later of the following dates **if the Individual is Actively at Work on that date**:

1. The Eligibility Date if the enrollment Form for Insurance is received on or prior to that date;
2. The date the Enrollment Form for insurance is received, if received within 31 days after the Eligibility Date; or
3. The date we approve the Evidence of Insurability, if the individual:
 - i. submits their Enrollment Form for Insurance more than 31 days after the Individual's Eligibility Date; or
 - ii. requests reinstatement after having terminated insurance while continuing to be eligible.

If an Individual is not actively at Work on the date Insurance is to be effective, Insurance will be effective on the date the Individual returns to active work.⁴⁴ (Énfasis nuestro.)

Por su parte, la sección de la póliza titulada "Policy Schedule" establece:

⁴³ Exhibit 1 del Apéndice de la Apelación, pág. 203.

⁴⁴ Íd., a la pág. 204.

A) Eligibility

1. Individuals to be insured – Eligible individuals who are: ALL ACTIVE ELIGIBLE (CLASS 1) AND RECLASSIFIED (CLASS 2) MEMBERS OF THE POLICYHOLDER
2. Eligibility date:
 - a. **An Individual who has satisfied the “actively at work”** requirement in an eligible class on the effective date of the Policy, or on the date such class is declared to be eligible, whichever is later, becomes eligible for insurance: Immediately.

B) Schedule of Benefits

1. Classification of Individuals
 - Class I: Eligible Members
 - Class II: Reclassified Members ⁴⁵ (Énfasis nuestro.)

De un estudio de la póliza, comenzando por **sus** definiciones, se desprende que para que a un socio se le extienda la cubierta deben concurrir tres requisitos, estos son: 1) la persona tiene que estar dentro de una de las clases elegibles (Clase 1 o Clase 2); 2) estar activamente trabajando; y 3) se tiene que realizar el pago de la prima correspondiente. Los primeros dos requieren que el socio cumpla con todos los criterios establecidos en la sección de disposiciones individuales, cuya sección indica que el socio debe estar activamente trabajando desde el momento que se solicita el seguro. Cabe señalar que, la parte apelante en su quinto error le imputó al TPI haber utilizado de forma aislada y fuera de contexto una cláusula de la sección antes mencionada. Específicamente, se trata de una oración que dispone que las clases de individuos elegibles para el seguro bajo la póliza únicamente serán aquellas clases que sean notificadas por escrito a la aseguradora por el tenedor de la póliza.⁴⁶ **Sin embargo**, la oración inmediatamente anterior, dispone que el individuo tiene que estar activamente trabajando al momento de presentarse la solicitud a la aseguradora.

Por otra parte, para fines de la póliza en controversia, el término “individuo” se define como una persona que, entre otras cosas, cumple con todos los criterios de la póliza, según establecidos en la sección de disposiciones individuales (“Individual Provisions”).

⁴⁵ Íd., a la pág. 200.

⁴⁶ Véase, Anejo 39 del Apéndice de la Apelación, pág. 155 y 158.

La referida sección establece los criterios y condiciones relacionados a la elegibilidad, fecha de elegibilidad y fecha de efectividad, entre otros. El inciso sobre elegibilidad de la sección antes mencionada, a su vez, hace referencia al “Policy Schedule” y dispone que los individuos allá indicados serán los elegibles para la cubierta del seguro.

Asimismo, la sección de disposiciones individuales establece que la fecha de elegibilidad (“Eligibility Date”) **es la fecha en la cual un individuo** (según la definición arriba expresada) **se convierte en elegible por primera vez para fines de la cubierta de la póliza** y añade que las condiciones relativas a la elegibilidad están esbozadas en la sección de “Policy Schedule”. En la referida sección (“Policy Schedule”) el inciso sobre elegibilidad se limita a mencionar que serán elegibles los individuos Clase 1 y Clase 2 sin disponer nada más. No obstante, el sub inciso dos (2) titulado “eligibility date” dispone que un individuo que haya satisfecho los requisitos de estar 1) **activamente trabajando**; 2) bajo una **clase elegible**⁴⁷; 3) en la **fecha de efectividad** de la póliza o en la fecha en que dicha clase sea declarada elegible, la que sea posterior, se convierte en elegible para fines de la cubierta, inmediatamente.

El significado del concepto “fecha de efectividad” (“effective date”) surge de la sección de disposiciones individuales. La cláusula sobre la fecha de efectividad dispone que cada individuo elegible se convertirá en asegurado a partir de la última de las siguientes fechas, **si el individuo se encuentra activamente trabajando en dicha fecha**: 1) la fecha de elegibilidad, si la solicitud de inscripción para el seguro se recibe en esa fecha o antes; 2) la fecha en que se

⁴⁷ Una clase elegible se refiere a los socios que – según las horas trabajadas – se encuentran dentro de la clasificación de Clase 1 o Clase 2. Recordemos que el requisito interno de las horas trabajadas en el año a fondo, es para determinar cuál cubierta se asignará al socio, la de \$100,000.00 (Clase 1) o la de \$30,000.00 (Clase 2), de éste cumplir con los requisitos establecidos en la póliza.

recibe la solicitud de inscripción para el seguro, si se recibe dentro de los (31) días posteriores a la fecha de elegibilidad; o 3) la fecha en que se aprueba la evidencia de asegurabilidad, si el individuo: i) somete su solicitud de inscripción para el seguro (31) días después a su fecha de elegibilidad; o ii) solicita la reinstalación del seguro después de haberlo cancelado y continua siendo elegible. Al final del inciso se añade que, si un individuo no está activamente trabajando en la fecha en que el seguro entró en vigor, en cuanto a ese individuo en particular entrara en vigor en la fecha en que regrese a trabajar.

En general, el término “effective date” se define como “the date on which a statute, contract, insurance policy, or other such instrument becomes enforceable or otherwise takes effect”. *Black’s Law Dictionary*, fourth pocket ed., Minnesota, West Publishing Company, 2011, pág. 260. La fecha de efectividad de una póliza de seguro es el momento a partir del cual una persona se considera asegurada. La póliza de seguro en controversia define el término asegurado (“Insured”) como una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad de la póliza al momento de inscribirse y está inscrita bajo este seguro. En el caso que nos ocupa, de la póliza surgen varias fechas de efectividad. Esto es, la fecha de efectividad de la póliza es una, en el caso de autos es el 1 de enero de 2013. Ahora bien, la fecha de efectividad en relación a cada uno de los miembros puede variar ya que, la referida fecha va a depender de las circunstancias de cada uno de éstos. O sea, por tratarse de un seguro colectivo de vida, en los cuales hay un sinnúmero de personas figurando como posibles asegurados, la determinación de la fecha de efectividad de la póliza dependerá de las circunstancias particulares de cada miembro. Entiéndase, que la fecha de efectividad de un miembro puede ser distinta a la de otros miembros, pues la misma está condicionada al momento que el

miembro cumple con los criterios de elegibilidad de la póliza y en efecto se convierte en elegible.

Luego de un estudio minucioso de las cláusulas del contrato de seguro en controversia, concluimos que, si bien es cierto que el tenedor de la póliza, el Plan de Bienestar dirigido por la Junta de Síndicos, tiene la facultad de establecer criterios internos de “elegibilidad”, esa facultad es para fines de agrupar a sus socios y determinar para cuáles de los beneficios que ofrece el Plan de Bienestar éstos cualifican. Como muy bien surge del testimonio del señor Wilfredo García Burgos, Director Ejecutivo del Plan de Bienestar de la UTM-PRSSA, la facultad antes descrita surge del reglamento interno de la Junta, el que a su vez establece los programas que van a desarrollarse para beneficio de sus miembros.⁴⁸ El seguro de vida en controversia, es uno de los tantos beneficios o programas que el Plan de Bienestar ofrece a sus miembros y la forma o los criterios que se empleen para determinar qué se ofrecerá a quién, no tenemos duda que es prerrogativa del Plan de Bienestar.⁴⁹

Por ello, en cuanto al beneficio del seguro de vida, el Plan de Bienestar le paga a sus socios una prima por un seguro de vida que tiene dos cubiertas, a saber: una que asciende a \$100,000.00 y otra de \$30,000.00. El Plan de Bienestar, unilateralmente, impuso un criterio para determinar cuáles de sus socios tendrían el beneficio de una cubierta mayor y optó por escoger como criterio las horas trabajadas en el año a fondo. El año a fondo inicia el 1 de octubre y culmina el 30 de septiembre del próximo año y es dentro de ese año que el socio debe acumular la cantidad de horas exigidas por el Plan de Bienestar para cualificar para el beneficio del seguro de vida. El

⁴⁸ TPO, pág. 25, líneas 7-11; pág. 56 Véase, además, Exhibit 3 del Apéndice de la Apelación, págs. 214-215.

⁴⁹ Íd., pág. 29, líneas 14-34, sobre los beneficios que el Plan de Bienestar le ofrece a sus socios.

Plan de Bienestar creó dos categorías a esos fines y son las únicas categorías que surgen de la póliza. Los socios que hubiesen trabajado el número de horas indicadas en el año a fondo cualificarían para recibir el beneficio del seguro de vida durante el próximo año natural. Además, por existir dos tipos de cubiertas, como explicamos anteriormente, el Plan de Bienestar determinó que el socio que trabajara 210 horas o más cualificaría para el beneficio de la cubierta más alta, entendiéndose la de \$100,000.00 (identificados como Clase 1 en la póliza), mientras que los que trabajaran de 105 a 209 horas cualificarían para la cubierta de \$30,000.00 (identificados como Clase 2 en la póliza).⁵⁰

El señor Roldán Sánchez era socio del Plan de Bienestar y trabajó como empleado en los muelles, hasta el mes de noviembre de 2010.⁵¹ Por razones de salud, el señor Roldán Sánchez dejó de trabajar allá para el 2010 y se le hizo imposible regresar.⁵² Ante tal situación, el señor Roldán Sánchez presentó una petición de reconsideración a la Junta de Síndicos y solicitó el beneficio del seguro de vida. En ese momento, en el cual solicitó la reconsideración y, eventualmente, cuando la Junta de Síndicos accedió a la misma, el señor Roldán Sánchez no había vuelto a trabajar. No obstante, ya para ese entonces, el contrato de seguro suscrito por el Plan de Bienestar con MLIC se encontraba vigente, en cuanto a aquellos socios que cumplieran con los criterios de elegibilidad de la póliza, pues su fecha de efectividad era a partir del 1 de enero de 2013.

De la lectura armoniosa de los términos, cláusulas y condiciones de la póliza surge, inequívocamente, que la aseguradora estableció los requisitos necesarios para que una persona se convirtiera en asegurada. Al integrar el texto de las cláusulas, los

⁵⁰ TPO, pág. 52, líneas 20-26.

⁵¹ Íd., pág. 23, línea 13.

⁵² Íbid, pág. 74, líneas 3-34.

referidos requisitos se pueden resumir en los siguientes: 1) la persona tenía que estar dentro de una de las clases elegibles; 2) estar activamente trabajando; y 3) se tenía que haber realizado el pago de la prima correspondiente. De cumplirse con los requisitos antes mencionados, al ocurrir el evento incierto y determinado, en este caso la muerte de la persona dentro del término de vigencia de la póliza, entonces se procedería a pagar a los beneficiarios del fallecido. Como bien señala la parte apelante, el señor Roldán Sánchez, no cumplía con los requisitos de elegibilidad esbozados en la póliza como condición previa a la cubierta.

Claramente, el seguro colectivo de vida en controversia requería que el socio estuviera activamente trabajando pues se incluyó como condición para la elegibilidad. Por tal razón, para que un socio se pudiera considerar asegurado, tenía que estar activamente trabajando. Tanto así que, la fecha de efectividad de la póliza para cada uno de los socios estaba condicionada a ello y así surge del texto “if the individual is actively at work on that date”.⁵³

No podemos confundir la facultad interna del tenedor de la póliza, de agrupar a sus socios, con la facultad de la aseguradora de establecer en la póliza los requisitos que tienen que reunir los socios para cualificar para la cubierta y convertirse en asegurados. La póliza limita la responsabilidad de la aseguradora a aquellos riesgos que ésta asumió al contratar con el asegurado, en este caso con el tenedor de la póliza, el Plan de Bienestar. Los requisitos de elegibilidad, que cualifican a una persona bajo la póliza de seguro, son parte de los mecanismos que se establecen en el contrato de seguro para delimitar el riesgo que la aseguradora está dispuesta a asumir. Consecuentemente, determinar que una persona es elegible aun cuando no cumple con los requisitos de elegibilidad,

⁵³ Véase, Exhibit 3 del Apéndice de la Apelación, pág. 204.

expresamente definidos en el contrato, necesariamente provocaría que se extienda el alcance de la póliza.

De los autos surge que el Plan de Bienestar conocía de la situación particular del señor Roldán Sánchez y que éste no se encontraba activamente trabajando. Por tal motivo, una primera ocasión le denegaron ser parte del grupo de socios que cualificaba para el beneficio del seguro de vida. No es hasta que el señor Roldán Sánchez solicitó la reconsideración, luego de expedida la póliza, que accedieron a añadirlo al grupo. El Plan de Bienestar podía añadir socios al grupo de seguro de vida luego de suscrito el contrato. Si bien es cierto lo anterior, no es menos cierto que tal inclusión no podía soslayar los requisitos de elegibilidad establecidos en el contrato, los cuales fueron acordados por las partes.

Reconocer -guiándonos por criterios ajenos al estado de derecho (como lo son la compasión y la trágica situación de salud del señor Roldán Sánchez)- que la Junta de Síndicos podía determinar que ciertas personas eran elegibles, aun cuando no cumpliesen con los requisitos del contrato de seguro relativos a la concesión de cubierta, como se hizo en el caso de autos, quebrantaría los principios básicos del derecho contractual. Ello, además, es contrario a los valores en que se cimientan las figuras básicas del derecho de contratos.

El contrato es la ley entre las partes y aunque el contrato de seguro es el contrato de adhesión por excelencia, no estamos ante una póliza de seguro cuyas cláusulas son ambiguas o confusas, de manera que se justifique apartarse de lo previamente pactado e interpretar el contrato a favor del asegurado. Parafraseando al jurista puertorriqueño, José Trías Monge⁵⁴, la decisión de las causas siempre debe entrañar la evaluación de las normas jurídicas que

⁵⁴ J. Trías Monge, *Teoría de la Adjudicación*, 1era ed., San Juan, Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 2000, Cap. XV, pág. 402.

flotan sobre un procedimiento judicial, de las realidades que rodean los hechos de cada caso y de las limitaciones de los actores. El ex-Juez Presidente del Tribunal Supremo y jurista destacado dijo -acertadamente- que el buen juez “sabe que tal condición no es licencia para insertar en el cuerpo jurídico sus preferencias personales”.⁵⁵ A pesar de las simpatías y conflictos que provocan en nuestro ánimo, los hechos particulares de este caso, no podemos eludir nuestro rol como jueces e intérpretes del derecho -que está atado al derecho positivo, la casuística y la doctrina-.

En el presente caso, la parte apelante no fundamentó la denegatoria de la reclamación en una cláusula de exclusión, ni alegó la caducidad o suspensión de la cubierta por falta de pago de la prima. Tampoco se planteó un caso de falsa representación en la suscripción. Sino que, el argumento de la parte apelante (para negar cubierta) estriba en que el señor Roldán Sánchez nunca estuvo cubierto bajo la póliza en controversia ya que nunca cumplió con el requisito de estar activamente trabajando, por lo que, a su vez, tampoco cumplía con el requisito de estar dentro de una clase elegible. Ambos requisitos son condiciones, expresamente establecidas en la póliza para que se activara la fecha de efectividad y procediera la concesión de la cubierta.

Hay otro elemento que pesa en nuestro análisis de este caso: las partes estipularon que el señor Roldán Sánchez no estaba trabajando desde noviembre de 2010.⁵⁶ Como resultado, el TPI no podía descartar dicha estipulación y sus consecuencias jurídicas al evaluar si se cumplieron o no con las cláusulas del contrato. Al analizar e interpretarse globalmente el contrato de seguros, a base del conjunto total de sus términos y condiciones, surge claramente que la póliza expedida a favor del Plan de Bienestar requería que los

⁵⁵ *Ibid*, pág. 403.

⁵⁶ Véase, TPO, págs. 110, líneas 3-34 y 111, líneas 1-9.

socios estuvieran “activamente trabajando”. El requisito antes mencionado implica, según definido anteriormente, el desempeño de las funciones [o deberes] regulares de trabajo que un individuo realiza para el tenedor de la póliza en su lugar habitual de empleo o según lo requiera el tenedor de la póliza y **por no menos** de la cantidad de horas semanales **-de trabajo activo-** indicadas en la sección de “Policy Schedule”. (Traducción nuestra.)⁵⁷

Así, la estipulación antes mencionada es irreconciliable con el requisito de estar activamente trabajando. Por ello, restaba determinar si procedía aplicar, al caso del señor Roldán Sánchez, alguna de las excepciones al requisito de estar activamente trabajando dispuestas en la póliza. A saber, las excepciones aludidas tienen el efecto de que, en determinadas circunstancias en las cuales el socio no se encuentra literalmente en su lugar de empleo realizando las funciones inherentes a su cargo, para fines de la póliza se entenderá que cumple con el requisito de estar activamente trabajando. Dichas excepciones son: 1) vacaciones regulares; 2) días no laborables regulares en los que la persona [socio] no está incapacitada, si la persona (socio) estuvo trabajando activamente en el último día laborable, y el tenedor de la póliza tiene la expectativa de que la persona (socio) regresará a trabajar; y 3) mientras esté fuera del empleo por razón de una licencia al amparo de cualquier ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.⁵⁸ (Traducción nuestra.) De los autos no surge que al caso del señor Roldán Sánchez le fuera aplicable alguna de las excepciones al requisito de “actively at work” antes mencionadas.

Dado las particularidades y cláusulas de la póliza en controversia, la condición de estar activamente trabajando va dirigida a la cubierta, no son aplicables las doctrinas de renuncia e

⁵⁷ Véase, pág. 20 de la presente.

⁵⁸ Véase, Exhibit 3 del Apéndice de la Apelación, pág. 203.

impedimento. Coincidimos con la norma mayoritaria en la jurisdicción norteamericana de que no procede aplicar estas doctrinas a los fines de ampliar la cubierta o imponer responsabilidad a la aseguradora por riesgos o eventos que no fueron asumidos el suscribirse el contrato.

V.

Por los fundamentos antes expuestos, se *revoca* la sentencia apelada y se *desestima* la demanda.

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