

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL I

OLMEDO LEASING CORP.
INC.

Demandante - Recurrido

v.

TRIPLE S PROPIEDAD,
INC. Y OTROS

Demandada-Peticionaria

KLCE202000692

Certiorari
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala de
San Juan

Civil núm.:
SJ2019CV09213
(505)

Sobre:
Incumplimiento de
Contrato de Seguros
y violación al Código
de Seguros de
Puerto Rico

Panel integrado por su presidente, el Juez Sánchez Ramos, el Juez Candelaria Rosa y el Juez Pagán Ocasio.

Sánchez Ramos, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 28 de octubre de 2020.

El Tribunal de Primera Instancia (“TPI”) denegó resolver por la vía sumaria una demanda mediante la cual se reclama a una aseguradora por daños relacionados con el paso de los huracanes Irma y María. Según se explica a continuación, concluimos que actuó correctamente el TPI, pues el récord ante sí no permitía la aplicación de la doctrina de pago en finiquito, al no haberse demostrado, como hechos incontrovertidos: (i) que la aseguradora hubiese cumplido con su obligación de realizar una oferta justa y razonable, (ii) que la aseguradora hubiese brindado la debida asistencia y orientación a la parte asegurada, (iii) que dicha parte hubiese aceptado un pago de la aseguradora con un claro entendimiento de que el mismo representaba una propuesta para transigir de forma final su reclamación, y (iv) que no hubiese mediado opresión o ventaja indebida de parte de la aseguradora.

I.

En septiembre de 2019, Olmedo Leasing Corp. Inc. (“Olmedo” o la “Demandante”) presentó la acción de referencia, por incumplimiento de contrato de seguros y violación al Código de Seguros de Puerto Rico (la “Demanda”), contra Triple-S Propiedad, Inc. (la “Aseguradora”). En la Demanda, se reclama por los daños sufridos en la propiedad de Olmedo como consecuencia del paso de los huracanes Irma y María el 6 y 20 de septiembre de 2017, respectivamente.

Se alegó que las partes suscribieron un contrato de póliza de seguros (la “Póliza”), el cual estaba vigente para el 20 de septiembre de 2017 y el cual proveía una cubierta de propiedad comercial para una estructura ubicada en el Bo. Monacillos, Carr. 838 Km. 4.7, Ave. Lomas Verdes, San Juan (“Plaza Olmedo”).

La Demandante alegó que, como consecuencia del paso del huracán María, Plaza Olmedo sufrió daños extensos y sustanciales tanto en el interior como exterior. Sostuvo que la Aseguradora se encuentra en la obligación de pagar por los daños sufridos de conformidad con la Póliza. Olmedo alega que la Aseguradora incumplió con sus obligaciones y no reconoció el alcance de los daños sufridos por la propiedad asegurada, negándose, así, a realizar un ajuste de la reclamación de manera consistente con sus obligaciones bajo la Póliza. Arguyó, además, que la Aseguradora incurrió en mala fe, dolo y violación de los términos y condiciones de la Póliza en el proceso de ajuste de la reclamación. La Demandante reclamó la cantidad de \$552,526.00 en pérdidas reclamadas y no pagadas, suma que no incluye la partida de daños por interrupción de negocios, a la cual alegó que tenía derecho bajo la Póliza.

El 24 de febrero de 2020, y luego de varios trámites procesales, la Aseguradora presentó una moción de sentencia sumaria (la “Moción”). La Aseguradora afirmó que el 5 de octubre

de 2017 acusó recibo de la notificación de pérdida suscrita por Olmedo y que, en noviembre de 2017, recibió una propuesta por los daños sufridos en Plaza Olmedo que ascendían a la cantidad de \$201,845.00. La referida propuesta fue una cotización para reparaciones urgentes de daños relacionados con el paso del huracán María y fue realizada por el ajustador contratado por Olmedo, el Sr. Mathew Kaufer, de VK Construction, Inc. El estimado propuesto fue enviado a la Aseguradora por conducto del Sr. Niki López Ramos, quien es el representante de seguros de Olmedo.

La Aseguradora alegó que, luego de evaluar la reclamación, realizó una oferta de pago por la suma de \$131,565.55 que fue enviada a Olmedo mediante una carta de 2 de enero de 2018 (la “Primera Carta”). La Primera Carta hace un breve desglose del ajuste y el deducible que le fue descontado, así como también notifica que se adjuntó el documento llamado “*Sworn Statement in Proof of Loss*” para que fuera firmado y devuelto a la Aseguradora.

El 22 de enero de 2018 Olmedo presentó ante la Aseguradora una reconsideración del resultado del ajuste. Se alegó que, a la fecha en que estaba pendiente la resolución de la reconsideración, aún quedaban por incluir unas partidas adicionales correspondientes a los daños del sistema de aire acondicionado.

El 1 de febrero, el Sr. Niki López Ramos, en representación de Olmedo, envió una comunicación a la Aseguradora en la que solicitó un adelanto por la suma correspondiente al total recomendado por el ajustador Joseph Seijo (\$131,565.55) para que el asegurado pudiera comenzar reparaciones en su propiedad en lo que concluía el proceso de revisión de la reclamación en su totalidad.

El 10 de febrero de 2018, la Aseguradora envió una segunda carta a Olmedo en la que incluyó un breve desglose de los daños al edificio, a lo que restó el deducible, quedando un total a pagar de \$147,149.26 (la “Segunda Carta”). Acompañó la misiva con el

cheque número 0236732, con fecha de expedición del 13 de febrero de 2018 por la cantidad de \$147,149.26 (el “Cheque”). En la Segunda Carta no se indicó qué partidas la Aseguradora consideró como parte del proceso de reconsideración; tampoco se indicó qué partidas denegaba y bajo qué disposiciones de la Póliza se sustentaba dicha denegación.

Surge del récord que el Cheque fue cobrado y depositado por la Demandante. En el Cheque se consignó que el mismo era “*In payment of ANY AND ALL CLAIMS FOR WINDSTORM ON SEPTIEMBER 20, 2017*”; además, en la descripción del Cheque, se colocó la frase *FINAL PAYMENT*.

En virtud de la emisión del Cheque, con las referidas características, y de su cobro por la Demandante, la Aseguradora planteó en la Moción que debía aplicarse la figura de pago en finiquito.

Olmedo se opuso a la Moción. En síntesis, arguyó que la investigación y ajuste realizados por la Aseguradora fueron deficientes toda vez que se incumplió con la obligación de acompañar el pago con la correspondiente declaración que indicara la cubierta bajo la cual se realizaba el mismo. Además, sostuvo que la Aseguradora omitió en su ajuste ciertos daños, sin proveer justificación alguna para ello. Olmedo planteó que lo anterior fue realizado con la intención clara de tratar de transigir la reclamación por una cantidad menor a la que el asegurado razonablemente tendría derecho. En fin, adujo que del récord no se desprendían hechos incontrovertidos que permitiesen al TPI aplicar la figura de pago en finiquito (por ejemplo, en lo relacionado con un consentimiento informado de su parte).

El TPI, mediante una Resolución notificada el 23 de mayo de 2020 (la “Resolución”), denegó la Moción. El TPI razonó que no había controversia en cuanto a que Olmedo no brindó

voluntariamente su consentimiento para renunciar a la cantidad total reclamada a la Aseguradora. Además, concluyó que el Cheque no contiene expresión que indique que es un pago final y que ningún documento enviado a Olmedo, por parte de la Aseguradora, indica que los pagos ofrecidos eran finales y únicos.

Adicionalmente, el TPI entendió que los siguientes hechos estaban en controversia:

1. Determinar si parte de los daños reclamados por la demandante a la demandada y que le fueron rechazados por esta, están dentro del alcance de la cubierta del contrato de seguro entre demandante y demandado.
2. Existe controversia sobre el hecho propuesto por la Demandada en cuanto a que, mediante correos electrónicos fechados 11 y 31 de enero de 2018, la parte Demandante solicitó la reconsideración de la oferta de pago de \$131,565.55 hecha por Triple-S el 2 de enero de 2018.
3. Determinar si la demandante aceptó voluntariamente como final el pago incluido en el cheque que le entregó la demandada a la demandante y esta endosó y depositó en su cuenta.
4. Determinar que parte de la cuantía reclamada por la demandante a la demandada y que esta no le pagó, la demandante tendría derecho a que se le pague o que parte de lo reclamado y no cobrado le tiene que pagar la demandada al demandante, si algo.
5. Determinar cómo se computa el deducible de la póliza y si la demandante tiene aún derecho a que se le pague una cantidad adicional a la pagada por parte de la demandada.

El 14 de julio¹, la Aseguradora solicitó la reconsideración de la Resolución, lo cual fue denegado por el TPI mediante una Resolución notificada el 15 de julio.

Inconforme, el 14 de agosto, la Aseguradora presentó el recurso que nos ocupa; formula los siguientes señalamientos de error:

ERRÓ EL TPI AL DENEGAR LA SOLICITUD DE SENTENCIA SUMARIA DE TRIPLE S PROPIEDAD, TODA VEZ QUE LA PARTE DEMANDANTE NO

¹ La moción se presentó oportunamente, de conformidad con la extensión de términos dispuesta por el Tribunal Supremo. Véase *In re: Medidas Judiciales ante situación de emergencia de salud por el Covid-19*, EM-2020-12.

REBATIÓ LA MISMA A TENOR CON LA REGLA 36 DE PROCEDIMIENTO CIVIL.

ERRÓ EL TPI EN SU INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN DE LA FIGURA DEL PAGO EN FINIQUITO.

ERRÓ EL TPI AL DENEGAR LA MOCIÓN DE RECONSIDERACIÓN Y NO APLICAR LA FIGURA DE PAGO EN FINIQUITO EN VIRTUD DE LA LEY DE TRANSACCIONES COMERCIALES.

La Demandante presentó su oposición al recurso. Prescindiendo de trámites ulteriores, de conformidad con lo autorizado por la Regla 7(B)(5) de nuestro Reglamento, 4 LPRa Ap. XXII-B, R. 7(B)(5), resolvemos².

II.

“[D]ebido a que la industria de los seguros está revestida del más alto interés público, es reglamentada extensamente por el Estado”. *Carpets & Rugs v. Tropical Reps*, 175 DPR 614, 632 (2009) (citas omitidas); véase, por ejemplo, 26 LPRa secs. 1-10377. El “negocio de seguros está investido de un alto interés público debido al papel que juega en la protección de los riesgos que amenazan la vida o el patrimonio de los ciudadanos”. *RJ Reynolds v. Vega Otero*, 197 DPR 699, 706 (2017); *Natal Cruz v. Santiago Negrón*, 188 DPR 564, 575 (2013). Este alto interés surge “de la extraordinaria importancia que juegan los seguros en la estabilidad de nuestra sociedad”. *RJ Reynolds, supra*; *SLG Francis-Acevedo v. SIMED*, 176 DPR 372 (2009).

El Código de Seguros reglamenta expresamente las “prácticas comerciales en el negocio de seguros”. 27 LPRa sec. 2701-2736; *Carpets & Rugs, supra*; *Assoc. Ins. Agencies, Inc. v. Com. Seg. PR*,

² Olmedo solicitó la desestimación del recurso; planteó que la Aseguradora no le había notificado oportunamente el recurso, ni tampoco al TPI. Se deniega dicha solicitud. La Aseguradora envió el recurso por correo certificado el mismo día que lo presentó a la dirección correcta del abogado de la Demandante. En cuanto a la notificación al TPI, el 19 de agosto (miércoles) la Aseguradora envió copia de la portada de presentación del recurso por correo certificado al TPI. Por lo anterior, la Aseguradora cumplió con la notificación requerida dentro del término de cumplimiento estricto de 72 horas. Véanse *Isleta, LLC v. Inversiones Isleta Marina, Inc.*, 2019 TSPR 211; *Hernández Jiménez v. AEE*, 194 DPR 378 (2015).

144 DPR 425, 442 (1997). “Uno de los renglones mayormente reg[lament]ado por el Código de Seguros de Puerto Rico” es el relacionado con “las prácticas desleales y fraudes en el negocio de los seguros”, lo cual incluye lo relativo al “ajuste de reclamaciones”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 632; *Comisionado de Seguros v. PRIA*, 168 DPR 659 (2006); Artículos 27.010-27.270 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRa secs. 2701-2740. En efecto, en conexión con el manejo de reclamaciones, el Código de Seguros prohíbe un número de “actos o prácticas desleales”. 26 LPRa sec. 2716a.

Por ejemplo, una aseguradora no podrá “hacer falsas representaciones de los hechos o de los términos de una póliza, relacionados con una cubierta en controversia.” 26 LPRa sec. 2716a(1). Además, la aseguradora debe “actuar con razonable diligencia” una vez se le notifica una reclamación y conducir una “rápida investigación” de la misma, la cual tiene que ser “razonable”. 26 LPRa sec. 2716a(2)-(5). La aseguradora debe “intentar de buena fe” realizar un “ajuste rápido, **justo y equitativo** de una reclamación de la cual surja claramente la responsabilidad”. 26 LPRa sec. 2716a(6) (énfasis suplido). Más importante aún en este contexto, una aseguradora no puede “ofrec[er]... una cantidad sustancialmente menor” a la que el asegurado tiene derecho. 26 LPRa sec. 2716a(7). Tampoco puede una aseguradora “tratar de transigir una reclamación por una cantidad menor que la que el asegurado o reclamante **razonablemente** tenga derecho”. 26 LPRa sec. 2716a(8). Por su parte, mediante reglamentación de la Oficina del Comisionado de Seguros (el “Comisionado”), se reitera la obligación de una aseguradora de “ofrecer al reclamante aquellas cantidades que dentro de los límites de la póliza sean justas y razonables”. Artículo 7 de Regla XLVII, sobre Prácticas Desleales en el Ajuste de Reclamaciones (la “Regla del Comisionado”, Reglamento

Núm. 2080 de 6 de abril de 1976, enmendando la Regla XLVII al Reglamento del Código de Seguros) (énfasis suplido).

Una aseguradora también está obligada a brindar “**adecuada orientación y asistencia** a los asegurados”. Artículo 7(f)(1) de la Regla del Comisionado (énfasis suplido). En fin, una aseguradora está obligada por ley a “notificar una oferta **razonable**” (énfasis suplido). *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 634. La investigación que precede la oferta tiene que ser “diligente”, y el ajuste tiene que ser “**equitativo y razonable**”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 634 (énfasis suplido). Salvo que se realice un pago total de lo reclamado, o que se deniegue totalmente la misma de forma escrita y fundamentada, una reclamación no puede ser considerada resuelta sin que medie una “oferta **razonable**”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 634 (énfasis suplido). En otras palabras, las aseguradoras tienen la “obligación de llevar a cabo un ajuste rápido, **justo, equitativo y de buena fe**”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 635 (énfasis suplido).

Es por lo anterior que se considera que una oferta final de una aseguradora no es equivalente a una oferta de transacción, o a una postura de negociación, de las que pueden generarse en otros contextos que no están sujetos a la intensa y específica reglamentación del campo de los seguros. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 635.

Una aseguradora no puede “retractarse” de un ajuste, a diferencia de lo que sucedería si se considerase dicho ajuste como una oferta típica dirigida a transigir o finalizar una disputa en un campo distinto al de seguros. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 635. Por ello, **distinto a lo que ocurre en otros ámbitos del comercio**, “ante un reclamo judicial”, una aseguradora no puede “den[egar] partidas que en su ajuste inicial entendió procedentes”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 636. Por todo lo anterior, en

Carpets & Rugs, supra, se resolvió que una comunicación de una aseguradora, como oferta o ajuste final de una reclamación, era admisible en evidencia, pues no se trata de una postura de “negociación conducente [a un posible] contrato de transacción”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 638. El Tribunal razonó que la carta de ajuste en el referido caso **no** se emitió “**voluntariamente** en un proceso de negociación conducente al contrato de transacción, sino como parte de su **obligación** al amparo del Código de Seguros de Puerto Rico de resolver de forma final una reclamación de un asegurado...”. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 639 (énfasis suplido).

III.

Por otra parte, la doctrina de *accord and satisfaction*, o pago en finiquito, tiene sus raíces en “los primeros tiempos” del *common law*. *Gilormini Merle v. Pujals Ayala*, 116 DPR 482, 484 n.1 (1985). No tiene base estatutaria en nuestro derecho; en vez, dicha doctrina fue incorporada judicialmente en 1943. *Íd.* (citando *López v. South P.R. Sugar Co.*, 62 DPR 238 (1943)).

Según ha sido expuesta en nuestra jurisprudencia, para que exista un pago en finiquito, es necesario que concurran las siguientes circunstancias: (1) una “reclamación ilíquida o sobre la cual exista controversia bona fide”; (2) “un ofrecimiento de pago por el deudor”; (3) “una aceptación del ofrecimiento de pago por el acreedor” y (4) “ausencia de opresión o indebida ventaja de parte del deudor sobre su acreedor”. *H.R. Elec., Inc. v. Rodríguez*, 114 DPR 236, 240-241 (1983).

Desde la década de los 50’, esta doctrina no ha sido utilizada por nuestro Tribunal Supremo como fuente de extinción de una posible obligación en prácticamente ninguna de las situaciones en que se ha invocado la misma como defensa a una reclamación. Véanse *Cruz v. Autoridad de Fuentes Fluviales*, 76 DPR 312 (1954);

H.R. Elec., supra; Gilormini, supra; Rosario v. Nationwide Mutual, 158 DPR 775 (2003); pero compárese con *A. Martínez & Co. v. Long Const. Co.*, 101 DPR 830 (1973).

Por ejemplo, en *Cruz, supra*, se resolvió que la doctrina de pago en finiquito no constituye una defensa válida cuando se demuestra que medió dolo de parte de quien ofreció el pago, con lo cual se obtuvo que el reclamante aceptara dicho pago. *Cruz*, 76 DPR a la pág. 319.

Por su parte, en *Gilormini, supra*, se revocó una sentencia sumaria emitida por el TPI sobre la base de que había controversia sobre si la reclamante, “en presencia del [deudor] aclaró que el pago no representaba el saldo total”, ello a pesar de que no había controversia sobre el hecho de que el deudor había escrito en el cheque que el mismo se entregaba como “saldo total” en “transacción daños accidente”. *Gilormini*, 116 DPR a las págs. 483-484. El Tribunal razonó que existía una “controversia de hecho no resoluble por el mecanismo de la sentencia sumaria”, entiéndase, si el deudor había aceptado el cambio manifestado por la acreedora al recibir el pago. *Gilormini*, 116 DPR a las págs. 484-85.

Más recientemente, en *Rosario, supra*, el Tribunal Supremo nuevamente rechazó la aplicación, por la vía sumaria, de la doctrina de pago en finiquito. El Tribunal Supremo razonó que era necesario dilucidar en juicio la “intención real” de la reclamante al firmar un “relevo” y, además, “auscultar las supuestas actuaciones dolosas del ajustador” de la aseguradora que llevaron a la reclamante a transigir. *Rosario*, 158 DPR a la pág. 781. Específicamente, el Tribunal Supremo consideró que era esencial considerar lo siguiente: “¿bajo qué condiciones [la reclamante] suscribió [el relevo]?”; “¿qué entendía ella sobre el verdadero alcance del relevo suscrito?”. *Íd.* El Tribunal explicó que dilucidar lo anterior era necesario para determinar si el “consentimiento” de la reclamante

había estado “viciado, lo cual podría anular por dolo el relevo de responsabilidad suscrito”, ello ante una alegada “conducta fraudulenta” de la aseguradora. *Rosario*, 158 DPR a la pág. 782.

Aun en el único caso (luego de la década del '50) en que el Tribunal Supremo ha aplicado la doctrina de pago en finiquito para exonerar a un deudor de un pago adicional reclamado por el acreedor, se consignó que, para que esta defensa aplique, es necesario (i) que no exista “opresión o indebida ventaja de parte del deudor”, y (ii) que el acreedor acepte el pago **“con claro entendimiento de que representa una propuesta para la extinción de la obligación”**. *A. Martínez*, 101 DPR a las págs. 834-835 (énfasis suplido).

IV.

Concluimos, al igual que el TPI, que procedía denegar la Moción, pues el récord no le permitía a dicho foro dictar sentencia sumaria a favor de la Aseguradora sobre la base de la doctrina de pago en finiquito.

Según lo anteriormente expuesto, la aplicación de la doctrina de pago en finiquito requiere: (i) que se haya formalizado un entendido claro y válido (libre de vicios en el consentimiento) entre ambas partes a los efectos de que el pago se realiza, y se acepta, como transacción final y total de una reclamación en disputa y (ii) que no hubo opresión o indebida ventaja de parte de la aseguradora. Véanse, por ejemplo, *H. R. Elec.*, 114 DPR a las págs. 240-241; *Gilormini*, 116 DPR a las págs. 484-85; *Cruz*, 76 DPR a la pág. 319; *A. Martínez*, 101 DPR a las págs. 834-835; *Rosario*, 158 DPR a las págs. 781-782.

En el contexto de una relación asegurado-aseguradora, se requiere, además, que la aseguradora haya cumplido con los requisitos que se han establecido por ley y reglamentación en torno al ajuste de una reclamación -- entiéndase: (a) que la oferta haya

sido justa, equitativa y razonable en las circunstancias particulares del caso, y (b) que la aseguradora haya brindado la debida asistencia y orientación al asegurado. Véase, por ejemplo, 26 LPRA sec. 2716a(6),(7) y (8); Artículo 7 de la Regla del Comisionado; *Carpets & Rugs*, 175 DPR a las págs. 634-635; *Rosario*, 158 DPR a las págs. 781-782.

En el presente caso, la Aseguradora, a través de la Moción, no estableció, como hecho incontrovertido, nada de lo anterior. Aunque se demostró que la Aseguradora realizó un ajuste, le emitió dos cartas a Olmedo al respecto y expidió el Cheque, el cual fue cobrado por la Demandante, ello no es suficiente para activar la figura del pago en finiquito en este contexto. Adviértase que no se demostró que estuviesen presentes los otros requisitos que son necesarios para que aplique dicha doctrina en este contexto, entiéndase: (i) que el pago realizado fuese justo, razonable o equitativo, a la luz de los daños sufridos por la Demandante, cubiertos por la Póliza; (ii) que no hubiese ventaja indebida de parte de la Aseguradora; (iii) que se hubiese perfeccionado, libre y válidamente, el consentimiento de la Demandante de transigir de forma final su reclamación; (iv) que la Aseguradora hubiese brindado una adecuada orientación y asistencia a la parte Demandante.

De hecho, el récord apunta fuertemente en la dirección contraria; es decir, hacia la no aplicación la doctrina de pago en finiquito. Ello porque la Aseguradora omitió notificar en las cartas que el pago era final o advertir que la aceptación y cobro del Cheque implicaba renunciar a cualquier reclamación ulterior en conexión con los daños objeto de ajuste. Esto es pertinente, pues sin dicho lenguaje, es difícil concluir que hubo un consentimiento de la Demandante a transigir de forma final su reclamación (o un claro entendimiento al respecto) y, además, porque ello era necesario para

concluir que la Aseguradora cumplió con su deber de brindar adecuada orientación y asistencia a la Demandante.

Además de lo anterior, también habría sido necesario, para aplicar la doctrina de pago en finiquito, determinar si la aceptación del cheque por la Demandante respondió a una situación de opresión o ventaja indebida generada por la naturaleza de la relación entre ambas partes a la luz de todas las circunstancias pertinentes al momento en que ello ocurrió.

Ciertamente, el TPI no estaba en posición para concluir si hubo (o no) la referida situación de opresión o ventaja indebida, para lo cual habrá que tomar en cuenta toda la prueba que pueda aportarse, incluida cualquier prueba sobre las circunstancias generales bajo las cuales se encontraba la parte Demandante en el tiempo en que se realizó la oferta y se cambió el Cheque.

Independientemente de lo anterior, lo cierto es que de forma alguna el récord permitía al TPI concluir que la oferta de la Aseguradora fue una justa, razonable y equitativa, lo cual, por sí solo, es suficiente para concluir que actuó acertadamente dicho foro al rechazar disponer del caso por la vía sumaria a favor de la Aseguradora.

Adviértase que, por ley, una aseguradora está impedida de ofrecer una cantidad “sustancialmente menor” a la que el asegurado tiene derecho, así como de transigir una reclamación por una “cantidad menor” a la que el asegurado “razonablemente tenga derecho”. 26 LPRA sec. 2716a(7) y (8). Ante este tipo de conducta ilegal o “fraudulenta” de una aseguradora, o ante dolo de su parte, no procede aplicar la doctrina de pago en finiquito a su favor. *Rosario*, 158 DPR a la pág. 782.

Nuestra conclusión de que procede la confirmación de la Resolución se fortalece al considerar que un acto contrario a la ley es nulo y, por tanto, no puede generar derechos a favor de quien lo

comete. Si, como alega la Demandante, no fue razonable la oferta de la Aseguradora (asunto sobre el cual el récord no permite conclusión en esta etapa), dicha oferta habría constituido un acto ilícito, contrario a las disposiciones estatutarias y reglamentarias, y jurisprudencia, arriba citadas, las cuales, en general, prohíben que una aseguradora realice un ajuste menor a lo razonable. 26 LPRA secs. 2716a(7)y(8); Artículo 7 de la Regla del Comisionado; *Carpets & Rugs*, 175 DPR a las págs. 634-635.

En ausencia de apoyo alguno en el récord para concluir que la oferta de la Aseguradora cumplió con la citada normativa, dicha oferta, junto al cambio del Cheque, no puede utilizarse por la Aseguradora para plantear que se configuró el pago en finiquito. Recuérdesse que son “nulos los actos ejecutados contra lo dispuesto en la ley”. Artículo 4 del Código Civil, 31 LPRA sec. 4.

Aunque el derecho que por ley tiene un asegurado a recibir una oferta razonable es renunciable, dicha renuncia “debe ser clara, terminante e inequívoca.” *Chico v. Editorial Ponce*, 101 DPR 759, 778 (1973); *Quiñones Quiñones v. Quiñones Irizarry*, 91 DPR 225, 265-266 (1964). La renuncia de un derecho afirmativamente concedido por ley requiere que la parte renunciante conozca de forma cabal su derecho y haya tenido la intención clara de abandonarlo. *Fenning v. Tribunal*, 96 DPR 615, 622 (1968); *Mendoza Aldarondo v. Asociación Empleados*, 94 DPR 564, 577 (1967) (“[p]ara que se entienda que una persona renuncia a sus derechos debe tener cabal y actual conocimiento de los mismos y su intención de renunciarlos debe ser clara”).

Subrayamos, además, que la Aseguradora está obligada, no tan solo por lo “expresamente pactado”, sino a “todas las consecuencias que según [la] naturaleza [del contrato] sean conformes a la buena fe, al uso y a la ley”. Artículo 1210 del Código Civil, 31 LPRA sec. 3375; *Ramírez v. Club Cala de Palmas*, 123 DPR

339 (1989); *Velilla v. Pueblo Supermarkets, Inc.*, 111 DPR 585, 587-88 (1981). Por tanto, la Aseguradora se debe a “todo aquello que en cada situación impone la buena fe”. *M. Godreau*, op. cit., pág. 793 (citando a Díez-Picazo en su prólogo a la obra de Wieacker, El principio general de la buena fe); *M. Godreau*, *Lealtad y Buena fe Contractual*, 48 Rev. Jur. UPR 367, 400-401 (1989); véanse, además, *S.L.G. Ortiz-Alvarado v. Great American*, 182 DPR 48 (2011); *Prods. Tommy Muñoz v. COPAN*, 113 DPR 517, 528 (1982); *González v. The Commonwealth Ins. Co.*, 140 DPR 673, 683 (1996).

Al respecto, el profesor Godreau ha expuesto que (*M. Godreau*, *Análisis del término del Tribunal Supremo en materia de Derecho Civil Patrimonial 1994-1995*, 65 Rev. Jur. U.P.R, 773, 792-793 (1996)):

Por más claro que pueda redactarse un texto contractual, si en el mismo se recogen prestaciones que violentan las expectativas razonables de la otra parte, es de esperar que cualquier juzgador con un claro sentido ético le reste eficacia a la literalidad de la redacción, máxime si del mismo se derivan consecuencias injustas.

Por tanto, si la Aseguradora pretendía que el Cheque constituyese una oferta final, cuya aceptación y cobro por la Demandante le relevaría de responsabilidad ulterior, era necesario que lo hiciese constar de forma clara y terminante en un documento que acompañara junto al cheque. Esto debió ocurrir en cumplimiento, no solamente de sus deberes bajo la reglamentación aplicable (sobre adecuada orientación y asistencia), sino en cumplimiento con las expectativas razonables de cualquier asegurado en la posición de la Demandante y de su deber de actuar de buena fe.

Así pues, la simple realización de una oferta, junto al cambio de un cheque, no son suficientes, por sí solos, aún dado el lenguaje que en letra pequeña pueda estar plasmado en el dorso del cheque, para concluir que hubo una renuncia válida de un asegurado al

derecho que por ley tiene a recibir una oferta razonable, equitativa y justa de parte de la aseguradora.³

V.

Por los fundamentos anteriormente expuestos, se expide el auto de *certiorari*, se confirma la resolución recurrida y se devuelve el caso al Tribunal de Primera Instancia para la continuación de los procedimientos de forma compatible con lo aquí expresado y resuelto. **Al amparo de la Regla 35 (A)(1) de nuestro Reglamento,⁴ el Tribunal de Primera Instancia puede proceder de conformidad con lo aquí resuelto, sin que tenga que esperar por nuestro mandato.**

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

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

³ Contrario a lo planteado por la Aseguradora, lo dispuesto en la Ley de Transacciones Comerciales con respecto a la figura de pago en finiquito no controla el resultado del caso. El lenguaje estatutario pertinente (19 LPRA sec. 611) lo que hace, en esencia, es recoger los requisitos que la doctrina ha establecido para la aplicación de dicha figura. Incluso, bajo los términos de dicho estatuto, se requiere que la oferta se realice de “buena fe” y que la oferta incluya una “declaración conspicua” de que la misma es en “pago total”. Así pues, en este contexto, para demostrar que la oferta es de “buena fe”, sería necesario demostrar que la oferta era justa y razonable, en cumplimiento con la reglamentación aplicable a las aseguradoras, según arriba reseñado. Ello no ha ocurrido aquí.

⁴ Regla 35 (A)(1): “La presentación de una solicitud de *certiorari* no suspenderá los procedimientos ante el Tribunal de Primera Instancia, salvo una orden en contrario expedida por iniciativa propia o a solicitud de parte por el Tribunal de Apelaciones. La expedición del auto de *certiorari* suspenderá los procedimientos en el Tribunal de Primera Instancia, **salvo que el Tribunal de Apelaciones disponga lo contrario.**” 4 LPRA Ap. XXII-B R. 35.