

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL I ESPECIAL

COMISIONADO DE
SEGUROS DE PUERTO
RICO

Recurrida

v.

UNIVERSAL INSURANCE
COMPANY

Recurrente

KLRA202100581

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

Caso número:
I-2018-93

Sobre: Violación al
Artículo 27.162(1) y
(2) del Código de
Seguros de Puerto
Rico, 26 LPRA, sec.
2716b (1) y (2)

Panel integrado por su presidente, el Juez Sánchez Ramos, el Juez Candelaria Rosa y el Juez Marrero Guerrero.

Sánchez Ramos, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 6 de mayo de 2022.

El Comisionado de Seguros le impuso una multa a Universal Insurance Company (“Universal”) ascendente a \$15,000.00 por tres infracciones al Artículo 27.162(1) y (2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 271b (1) y (2). Ello como consecuencia de haber concluido que Universal no resolvió oportunamente tres (3) reclamaciones relacionadas con daños ocasionados por el huracán María. Por los fundamentos que se exponen a continuación, reducimos la multa impuesta a \$10,000.00, por considerar que Universal demostró la existencia de justa causa para la dilación en uno de los tres casos (núm. 1-0021664-2018).

I.

El 23 de marzo de 2018, la Oficina del Comisionado de Seguros (la “OCS” o el “Comisionado”) le cursó a Universal un *Requerimiento de Información* en conexión con, entre otras, una *Solicitud de Investigación* (núm. 1-0021160-2018, o el “Primer Caso”), instada el 24 de febrero de 2018, por el Dr. Fernando Vázquez Medina.

En respuesta, el 5 de abril de 2018, Universal presentó una *Contestación a Requerimiento de Información*. Informó que la reclamación pertinente se presentó el 3 de octubre de 2017 por motivo de los daños que sufrió una residencia a raíz del paso del huracán María, y en igual fecha, Universal acusó recibo de esta. Añadió que la residencia fue inspeccionada el 23 de noviembre de 2017 y que, al no recibirse estimados por parte del asegurado, en febrero de 2018 se firmó un acuerdo sobre la base del ajuste realizado. El 26 de febrero de 2018, Universal procedió con el pago acordado.

Por otro lado, el 12 de abril de 2018, la OCS le dirigió a Universal un *Requerimiento de Información* referente a varias *Solicitudes de Información*. Entre estas, se incluyó una *Solicitud* (núm. 1-0021387-2018, o el “Segundo Caso”) presentada en marzo de 2018 por la Sa. Ana M. Cabrera, a nombre de Emanuel Centro Educativo, Inc., relacionada con los daños en la aludida escuela a consecuencia del huracán María.

El 30 de abril de 2018, Universal incoó una *Contestación a Requerimiento de Información*. Comunicó que, el 19 de octubre de 2017, se le notificó la reclamación y se acusó recibo de esta el 23 de octubre de 2018. Explicó que, el 3 de enero de 2018, se le solicitaron al asegurado varios documentos que fueron recibidos el 19 de marzo de 2018. El 27 de marzo de 2018, luego de contemplarse algunas partidas de daños adicionales, Universal remitió una nueva oferta al asegurado, la cual fue aceptada, y se procedió con el pago el 2 de abril de 2018.

Además, el 11 de mayo de 2018, la OCS le envió a Universal un *Requerimiento de Información* referente a varias *Solicitudes de Información* entre las cuales se hizo referencia a una *Solicitud* (núm. 1-0021664-2018, o el “Tercer Caso”) incoada el 2 de febrero de 2018 por el Sr. Jorge Rivera Encarnación.

El 25 de junio de 2018, Universal presentó una *Contestación a Requerimiento de Información*. Indicó que el señor Rivera Encarnación instó una reclamación por daños ocasionados por el huracán María el 11 de octubre de 2017. Añadió que intentó coordinar la inspección del inmueble el 10 de diciembre de 2017, el 29 de diciembre de 2017 y el 2 de febrero de 2018, pero no fue posible. El 22 de febrero de 2018, se logró comunicación con el asegurado y se le solicitaron fotos y estimados de los daños reclamados. El señor Rivera Encarnación indicó que había presentado una queja ante la OCS y que no sometería los documentos que se le solicitaron. En vista de lo anterior, el 23 de febrero de 2018, Universal cerró la reclamación. Posteriormente, el 24 de mayo de 2018, luego de múltiples intentos, se logró coordinar y realizar una inspección el 25 de mayo de 2018. Ese mismo día, se llegó a un acuerdo de pago y se emitió el cheque correspondiente el 31 de mayo de 2018.

El 31 de agosto de 2018, la OCS emitió y notificó la *Orden Núm. I-2018-93*, relacionada con las *Solicitudes de Investigación* antes aludidas, mediante la cual le impuso a Universal una multa de \$20,000.00 que subsiguientemente redujo a \$15,000.00.¹ La OCS concluyó que Universal no resolvió las reclamaciones de los asegurados dentro del término de noventa (90) días dispuesto por el Artículo 27.162(1) del Código de Seguros, *supra*, ni evidenció la existencia de justa causa para incumplir con dicho término.

No conteste con el resultado, el 20 de septiembre de 2018, Universal presentó una *Moción de Reconsideración y/o (sic) Solicitud de Vista*. Al cabo de varios tramites procesales, el 5 de marzo de 2019, se celebró la vista administrativa. En representación de

¹ Originalmente, en la *Orden* hizo referencia a cuatro (4) solicitudes de información. Subsecuentemente, la OCS concluyó que procedía eliminar la multa relacionada a la *Solicitud de Información* interpuesta por el Sr. Rafael A. Florit Lebro (núm. 1-20700-2018). A consecuencia de ello, la multa se redujo a \$15,000.00.

Universal declaró la Sa. Brenda M. Rivera Pérez, Vicepresidenta de Reclamaciones (la “Oficial”), y por la OCS declaró la Sa. Doribel Díaz Díaz, Directora de la Oficina de Investigaciones (la “Funcionaria”).

El 29 de junio de 2021, la OCS notificó una *Resolución* en la cual se confirmó la *Orden Núm. I-2018-93* y, en consecuencia, la multa de \$15,000.00. El Comisionado concluyó que Universal no resolvió las tres reclamaciones objeto de la *Orden* dentro del término dispuesto para ello, ni demostró justa causa para excederse del mismo. Planteó que la Carta Normativa Núm. 2012-145-D taxativamente establece que “la falta de documentación en el expediente de la reclamación será considerada como evidencia *prima facie* de que no existe justa causa para dilatar la resolución de una reclamación más allá del término que permite la ley”.²

El 19 de julio de 2021, Universal interpuso una *Moción de Reconsideración*. El 2 de agosto de 2021, la OCS emitió una *Resolución Interlocutoria Post Resolución* en la cual acogió la solicitud de reconsideración y le concedió un término de veinte (20) días a la agencia administrativa para que expusiera su posición en torno a la reconsideración. El 24 de agosto de 2021, la OCS instó una *Oposición a Moción de Reconsideración*.

El 13 de octubre de 2021, la OCS dictó y notificó una *Resolución en Reconsideración*. En síntesis, concluyó que los planteamientos de Universal carecían de mérito y fueron evaluados al momento de emitirse la *Resolución* dispositiva. En vista de ello, denegó la solicitud de reconsideración.

Inconforme, el 15 de noviembre (lunes; el viernes 12 no fue laborable en el Poder Judicial), Universal instó el recurso de referencia y adujo que la OCS cometió los siguientes tres (3) errores:

Primer Error: Erró el Comisionado al confirmar la multa administrativa impuesta a Universal por alegada violación al Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*, al

² Véase, *Resolución*, Apéndice del recurso, Anejo 15, pág. 843.

determinar que no existía justa causa para la demora de la resolución de las reclamaciones de seguro en abierta contradicción a su propia determinación en la Carta Normativa 2012-145-D.

Segundo Error: Erró el Comisionado al confirmar la multa administrativa impuesta a Universal por alegada violación al Artículo 27.162 del Código de Seguros, *supra*, al determinar que la evidencia documental que obra en el récord administrativo no era suficiente para evitar que se aplicara a rebatir la presunción de “ausencia de justa causa” que surge de la Carta Normativa 2012-145-D, haciendo, además, caso omiso a la prueba testifical que presentó Universal durante la vista administrativa.

Tercer Error: Erró el Comisionado al imponer una multa de \$15,000.00 a Universal por alegadas violaciones al Artículo 27.162 del Código de Seguros, *supra*, sin explicar los criterios en que se basó, ni identificar en el expediente administrativo la evidencia que supuestamente sostiene su razonabilidad.

Luego de varios trámites procesales, a principios de marzo, Universal presentó la transcripción estipulada de la prueba oral. Por su parte, a mediados de abril, el Procurador General, en representación del Comisionado, presentó su alegato en oposición. Resolvemos.

II.

Al evaluar una solicitud de revisión judicial, los tribunales tienen que otorgar gran deferencia a las decisiones que toman las agencias administrativas, pues son éstas las que, de ordinario, poseen el conocimiento especializado para atender los asuntos que les han sido encomendados por ley. *Camacho Torres v. AAFET*, 168 DPR 66, 91 (2006). Se presumen correctas las determinaciones de hecho emitidas por las agencias administrativas y éstas deben ser respetadas a menos que quien las impugne presente evidencia suficiente para concluir que la decisión de la agencia fue irrazonable de acuerdo a la totalidad de la prueba examinada. *Íd.* Por lo tanto, “la revisión judicial ha de limitarse a determinar si la agencia actuó arbitrariamente, ilegalmente o de manera tan irrazonable que su actuación constituyó un abuso de discreción”. *Íd.* Es decir, el

criterio rector para los tribunales será la razonabilidad en la actuación de la agencia. Por lo que “los tribunales no deben intervenir o alterar las determinaciones de hechos de un organismo administrativo, si las mismas están sostenidas por evidencia sustancial que surja del expediente administrativo considerado en su totalidad”. *Otero Mercado v. Toyota de PR*, 163 DPR 716, 727-728 (2005). Cónsono con lo anterior, debemos sostener las determinaciones de hecho de la agencia cuando estén basadas en evidencia sustancial que surja del expediente administrativo. 3 LPRA sec. 9675. Sin embargo, el tribunal podrá revisar en todos sus aspectos las conclusiones de derecho de la agencia. *Íd.*

De otra parte, en lo referente a la imposición de sanciones, las agencias administrativas gozan de una amplia discreción, toda vez que son éstas las que diariamente implantan la ley orgánica y los reglamentos y son las que, por su conocimiento especializado, están en mejor posición de establecer cuál es el efecto de una infracción en el sector reglamentado. La revisión judicial de este tipo de actuación administrativa, de ordinario, no depende de si el tribunal considera que la sanción es muy fuerte o no, debido a que, en la implantación de la ley y en la consecución de los objetivos legislativos, es la agencia, y no el tribunal, la que debe determinar cuál es la sanción aplicable a cada situación fáctica. *Comisionado v. Prime Life*, 162 DPR 334, 341-342 (2004). Véase, además, *Comisionado de Seguros v. PRIA*, 168 DPR 659 (2006); *O.E.G. v. Román*, 159 DPR 401 (2003).

En resumen, al ejercer nuestra facultad revisora, debemos considerar los siguientes aspectos: (1) si el remedio concedido fue apropiado; (2) si las determinaciones de hecho están basadas en evidencia sustancial que surge del expediente, y (3) si las conclusiones de derecho fueron correctas. *Pagán Santiago et al. v. ASR*, 185 DPR 341, 358 (2012).

III.

“[D]ebido a que la industria de los seguros está revestida del más alto interés público, es reg[lament]ada 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*, 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, supra*; Artículos 27.010-27.270 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA secs. 2701-2740. En específico, el Artículo 27.161 del Código de Seguros, 26 LPRA sec. 2716a, establece aquellas situaciones que constituyen prácticas desleales en el ajuste de reclamaciones. En lo pertinente al recurso que nos ocupa, el referido artículo dispone lo siguiente:

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

[...]

(3) Dejar de adoptar e implementar métodos razonables para la rápida investigación de las reclamaciones que surjan bajo los términos de una póliza.

[...]

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

De otra parte, el Código de Seguros también establece los términos que tienen los aseguradores para completar el ajuste de reclamaciones presentadas por sus asegurados. El Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*, expresa que:

(1) La investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación se hará en el período razonablemente más corto dentro de noventa (90) días después de haberse sometido al asegurador la reclamación.

(2) En el caso de que un asegurador no pueda resolver una reclamación en el término establecido en el inciso (1) de esta sección, **deberá mantener en sus expedientes los documentos que acrediten la existencia de justa causa para exceder el término anteriormente dispuesto.**

(3) El Comisionado en cualquier momento podrá ordenar la resolución inmediata de cualquier reclamación si considera que se está dilatando o retrasando indebida e injustificadamente la resolución de la misma. (Énfasis nuestro).

En *Com. Seguros P.R. v. Gen. Accident Ins. Co.*, 132 DPR 543, 551, se estableció que el término máximo de noventa (90) días para la resolución de una reclamación se contará a partir del momento en que el asegurado presenta la reclamación. Lo anterior, toda vez que, acoger otra interpretación, “no sólo derrotaría el claro mandato legislativo, sino que haría inoperante la solución que quiso dársele al problema de las demoras e inacción de las compañías aseguradoras” en la resolución ágil de las reclamaciones. *Íd.*, pág. 552. Sobre el asegurador recae la responsabilidad de notificar al asegurado “qué documentos necesitan para poder atender y ajustar una reclamación”. *Íd.*, pág. 551. Las aseguradoras son las que “determinan si una reclamación está incompleta y las que deciden qué le han de requerir al asegurado para completar la reclamación

y cuándo ha de requerírsele”. *Íd.* Por consiguiente, el requerimiento de documentos, la investigación, el ajuste y la resolución de la reclamación, deben acontecer en el plazo de noventa (90) días.

A su vez, en *Com. Seg. P.R. v. Antilles Ins. Co.*, 145 DPR 226 (1998), se examinó el alcance de la frase “investigación, ajuste y resolución” contenida en el Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*. Concluyó que “una reclamación se entiende como resuelta una vez la empresa aseguradora notifica a su asegurado el ajuste final de la reclamación que le fue presentada”. *Íd.*, pág. 232. Aclaró también que el asegurador cumplirá con su obligación al amparo de la ley al notificar una oferta razonable, determinación que, en caso de controversia, quedaría resuelta por el Comisionado de Seguros. *Íd.*

En síntesis, la obligación impuesta por el Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*, es la de investigar, ajustar y resolver una reclamación de forma final en los noventa (90) días luego de presentada. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a la pág. 634. Durante ese período, es obligación del asegurador realizar una investigación diligente. *Íd.*

Claro está, del propio inciso 2 del precitado Art. 27.162 del Código de Seguros se desprende la única excepción a la norma del periodo de noventa (90) días para resolver una reclamación. De no poder resolver una reclamación en el término establecido, la aseguradora “deberá mantener en sus expedientes los documentos que acrediten la existencia de justa causa para exceder el término anteriormente dispuesto”. Mediante la Carta Normativa Núm. 2012-145-D del 12 de julio de 2012 (CN-2012-145-D), el Comisionado de Seguros advirtió a las aseguradoras que, “en aquellos casos que el asegurador no pudiera resolver una reclamación” en el término dispuesto en el Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*, “debía mantener en su expediente los documentos que acreditaran la justa

causa”. En torno a este particular, la Carta Normativa Núm. CN-2012-145-D establece que se entenderá que existe justa causa:

(a) Cuando el asegurado o reclamante no esté cooperando o no esté sometiendo la información relevante a la reclamación – El asegurador deberá evidenciar en el expediente de reclamación el seguimiento periódico que ha mantenido con el asegurado o reclamante, solicitándole la información necesaria y faltante.

(b) **Reclamaciones altamente complejas – Siniestros catastróficos**, pérdidas cuantiosas o numerosas, o reclamaciones donde sea necesario la contratación de peritos especializados, y en los que cerrar la reclamación sería en perjuicio del asegurado o reclamante. **En estos casos, el expediente de la reclamación deberá documentarse periódicamente sobre el adelanto hacia la resolución de la misma, así como con un estimado de tiempo necesario para resolver.**

(c) Reclamaciones sometidas ante agencias gubernamentales o tribunales de justicia que por la naturaleza de la controversia que se dilucida impiden al asegurador determinar la procedencia de la reclamación. – En estos casos se deberá documentar el expediente periódicamente indicando el progreso de la reclamación.

Es menester enfatizar la necesidad de que el expediente de cada reclamación esté adecuadamente documentado con todas las gestiones realizadas con el fin de resolver la reclamación en el término más corto posible. **La falta de tal documentación será considerada como evidencia prima facie de que no existe justa causa para dilatar la resolución de la reclamación del término que permite la ley.** (Énfasis nuestro).

Por su parte, el Art. 27.163 del Código de Seguros, 26 LPRA sec. 2716c, expone los métodos para resolver una reclamación:

Los siguientes actos constituyen resolver una reclamación:

- (1) El pago total de la reclamación.
- (2) La denegación escrita y debidamente fundamentada de la reclamación.
- (3) El cierre de la reclamación por inactividad del reclamante, cuando el reclamante no coopere o no entregue la información necesaria para que el asegurador pueda ajustar la reclamación. Disponiéndose, que el asegurador notificará inmediatamente al reclamante del cierre de la misma, salvo que en tales circunstancias el cierre será sin

perjuicio de permitir nuevamente la presentación de dicha reclamación.³

Por último, además del amplio poder de reglamentación que ostenta el Comisionado de Seguros, el Artículo 2.030 del Código de Seguros, 26 LPRa sec. 203, describe otras facultades, poderes y deberes generales, entre los cuales cabe destacar la facultad de imponer multas. En específico, el inciso 17 del Art. 2.030, *supra*, establece taxativamente que “[e]l Comisionado tendrá la facultad de imponer sanciones y penalidades administrativas por violaciones a este Código y a los reglamentos aprobados en virtud de éste y dictar cualquier remedio pertinente autorizado en el Código”.

IV.

Examinado minuciosamente el expediente, no encontramos que exista controversia en torno a que Universal no resolvió las tres (3) reclamaciones objeto de revisión judicial dentro del término de noventa (90) días, según establecido en el Art. 27.162 del Código de Seguros, *supra*.⁴ En conexión con lo anterior, en dos de las tres quejas de referencia no encontramos en los expedientes justa causa para la dilación en la resolución de la reclamación instada por los asegurados dentro del término establecido para ello.⁵ Es decir, no encontramos evidencia del seguimiento periódico oportuno que

³ Además, al citar la Carta Normativa Núm. NI452-2004 de la OCS emitida el 26 de abril de 2004, se reconoció un cuarto mecanismo para resolver una reclamación, a saber, la notificación de una oferta razonable. *Carpets & Rugs*, 175 DPR a las págs. 634-635.

⁴ No pasa por inadvertido que tampoco las resolvió dentro de un término de treinta (30) días adicionales concedido por el Comisionado de Seguros, para un total de 120 días. De acuerdo con lo aseverado por la Funcionaria, el término de 120 días surge de expresiones públicas que hizo el Comisionado de Seguros. TPO, a la pág. 39.

⁵ En virtud de lo dispuesto en la Carta Normativa Núm. CN 2012-145-D se activó una presunción de ausencia de justa causa: “[l]a falta de tal documentación será considerada como evidencia *prima facie* de que no existe justa causa para dilatar la resolución de la reclamación del término que permite la ley”. Aunque las Reglas de Evidencia no aplican a los procedimientos ante las agencias administrativas, los principios fundamentales básicos de estas “se podrán utilizar para lograr una solución rápida, justa y económica” de los procedimientos, Sec. 3.13 de la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno (LPAUG), 3 LPRa sec. 9653. En el caso de autos, la carga probatoria revirtió hacia Universal, quien tenía la obligación de persuadir al juzgador de hechos, mediante preponderancia de la prueba, de la existencia de justa causa para la dilación en resolver las reclamaciones.

debió realizar Universal con los querellantes y la documentación periódica sobre el progreso de la reclamación, así como con un estimado de tiempo necesario para resolverla.

En primer lugar, los documentos relacionados con el Primer Caso revelan que se realizó una inspección del inmueble asegurado el 23 de noviembre de 2017, es decir, dentro del término de noventa (90) días.⁶ No obstante, no hay documentación periódica en el expediente que evidencie un estimado del tiempo necesario para resolver la reclamación o de gestión ulterior alguna de la aseguradora, sino hasta el 19 de febrero de 2018, fuera del término de noventa (90) días,⁷ cuando se emitió una llamada en torno a un relevo firmado y la liquidación de la reclamación, que finalmente fue pagada el 26 de febrero de 2018.⁸ Tampoco hay documentación que acredite los problemas con los ajustadores, electricidad, combustible o estado de las carreteras que adujo Universal como justa causa para la demora.⁹

En torno al Segundo Caso, resaltamos que la propiedad asegurada se trata de una escuela elemental bilingüe a la cual se le debió dar prioridad, aunque su cubierta no fuera comercial, por tratarse de un componente del sector que provee servicios esenciales. A pesar de lo anterior, el expediente no refleja actividad hasta el 3 de enero de 2018 cuando Universal solicitó información detallada de daños y estimados.¹⁰ A pesar de que Universal aseveró que no pudo acceder los anejos de un correo electrónico cursado el 10 de enero de 2018 por la señora Cabrera, por estar en el formato

⁶ Aunque Universal adujo que solicitó estimados de costos de reparación, lo cierto es que no hay evidencia en el expediente en conexión con ello. TPO, pág. 121.

⁷ TPO, págs. 73 y 76.

⁸ Aunque Universal adujo que no recibió los estimados que le solicitó al doctor Vázquez Medina, lo cierto es que no hay en el expediente documentos que, de manera fehaciente, así lo demuestren.

⁹ Transcripción de la prueba oral (“TPO”), págs. 58 y 62-63.

¹⁰ TPO, pág. 25.

de compresión denominado como “zip”, lo cierto es que no obra en el expediente contestación alguna al correo electrónico de la señora Cabrera.¹¹ Por el contrario, la aseguradora determinó cerrar la reclamación y así se lo informó a la asegurada el 23 de febrero de 2018. Subsecuentemente, el caso fue reabierto, la señora Cabrera reenvió los documentos que le solicitaron¹² y la reclamación fue pagada el 2 de abril de 2018. En este caso, Universal tampoco presentó documentación que confirmara los problemas con los ajustadores, problemas de electricidad, combustible o acceso como justa causa para la demora.¹³

Ahora bien, a la luz del estándar de revisión al cual hacemos referencia, y una vez considerada detenidamente la evidencia documental y testimonial presentada ante el Oficial Examinador de la OCS, así como los argumentos de ambas partes, concluimos que procede modificar la determinación recurrida. Ello por haberse demostrado justa causa para la demora en la resolución del Tercer Caso.

El señor Rivera Encarnación presentó su reclamación ante Universal el 11 de octubre de 2017. Surge del expediente que, a partir de ese momento, el asegurado realizó varias llamadas telefónicas a Universal para verificar el estatus de su reclamación.¹⁴ La aseguradora le dio información del ajustador, lo refiere a *Panamá McLarens*, firma de ajustadores externos contratada, y le provee el correo electrónico del ajustador.¹⁵ Más importante aún, surge del expediente que, el 18 de diciembre de 2017, se orientó al señor Rivera Encarnación para que enviara fotos y cotizaciones de daños

¹¹ TPO, págs. 25 y 26, 104, 112-113.

¹² TPO, pág. 25.

¹³ TPO, págs. 58 y 62-63.

¹⁴ Véanse, *Historiales del Sufijo*, Apéndice del recurso, Anejos 7 y 14, págs. 168-169 y 678-680.

¹⁵ *Íd.*, a las págs. 169 y 678.

por correo electrónico.¹⁶ Sin embargo, el señor Rivera Encarnación no lo hizo. El 22 de febrero de 2018, cuando se le contactó nuevamente por la vía telefónica, el asegurado expresó que no enviaría fotos o estimados y que había presentado una querrela ante la OCS.¹⁷ Ante la falta de documentos que acreditaran los daños y los estimados de reparación, el 23 de febrero de 2018, Universal cerró esta reclamación. De hecho, consta en la *Resolución* recurrida que la reacción del asegurado “no fue la mejor”, mas se razonó que la misma “era comprensible”.¹⁸

Aunque es comprensible la frustración del asegurado debido a la tardanza de la aseguradora en atender su reclamación, la realidad es que el asegurado no cumplió oportunamente con la razonable solicitud de Universal de documentos para, precisamente, agilizar su reclamación. En vista de que la solicitud de documentos se realizó dentro del término de noventa (90) días, en diciembre de 2017, y en atención a lo dispuesto en la Carta Normativa Núm. CN 2012-145-D en cuanto a que la falta de cooperación del reclamante, al no someter información relevante, constituye justa causa, resolvemos que incidió la OCS al concluir lo contrario.

La dejadez del asegurado en el Tercer Caso afectó la resolución final de su reclamación y la dilación no puede atribuírsele en su totalidad a la aseguradora.¹⁹ Ante esta situación, concluimos que la recurrente cumplió con su carga probatoria, toda vez que, en este caso, la prueba fue suficiente para rebatir la presunción en su contra.

¹⁶ *Íd.*, págs. 168 y 679.

¹⁷ *Íd.*, a las págs. 168 y 680.

¹⁸ Véase, *Resolución*, Apéndice del recurso, Anejo 15, pág. 837.

¹⁹ Como indicáramos previamente, la reclamación del señor Rivera Encarnación fue reabierta y este aceptó a enviar los documentos que la aseguradora le solicitó. El 31 de mayo de 2018, Universal pagó la reclamación. TPO, a la pág. 94.

Según anteriormente expuesto, en cuanto a los primeros dos casos (*Solicitudes de Información* Núm. 1-0021160-2018 y 1-0021387-2018), no se demostró que la OCS actuara de manera arbitraria, caprichosa o irrazonable y, por ende, no procede nuestra intervención al respecto. No obstante, al Universal haber demostrado que no procedía sanción alguna por el Tercer caso, procede reducir la multa impuesta por una tercera parte, para un total de \$10,000.00.

V.

En virtud de los fundamentos antes reseñados, se modifica la determinación recurrida a los únicos efectos de reducir la multa impuesta a \$10,000.00 por haberse demostrado justa causa para la demora en resolver la reclamación relacionada al expediente de la *Solicitud de Información* (núm. 1-0021664-2018). Así modificada, se confirma la misma.

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