

**MEMORIA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES
2014**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2014.

- 1. Cifras generales.**
- 2. Seguros.**
- 3. Mediación.**
 - 3.1. Expedientes iniciados durante el año.**
 - 3.2. Motivos de reclamación.**
- 4. Planes de Pensiones.**
 - 4.1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares.**
 - 4.2. Reclamaciones sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y consultas no presentadas por particulares.**
- 5. Unidad de Atención al Público**

CAPÍTULO II. ACTIVIDAD DE LOS DEPARTAMENTOS O SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y DE LOS DEFENSORES DEL CLIENTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS.

- 1. Seguros.**
- 2. Mediación.**
- 3. Planes de pensiones.**

CAPÍTULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA.

CAPÍTULO V. PRÁCTICAS DE MERCADO.

- 1. Seguros.**
- 2. Planes de pensiones.**

ANEXO 1.

- Cuadros estadísticos.**

ANEXO 2.

Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones.

RELACIÓN DE CUADROS

Cifras generales.

- I. Evolución mensual de los expedientes iniciados.
- II. Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados.
- III. Expedientes resueltos al cierre de 2014 clasificados por tipos.
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2014.

Seguros.

- V. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2014.
- VI. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2014 clasificadas por ramos o agrupaciones.
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2014 atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2014 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación.
- VIII. Consultas resueltas en 2014 atendiendo a la materia objeto de la consulta.
- IX. Quejas resueltas en 2014 atendiendo a la materia objeto de la queja.
- X.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2014.
- X.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2014 en relación al volumen de primas devengadas.
- X.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2014 en relación con el número de reclamaciones iniciadas.
- X.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones iniciadas en 2014 en relación con el número de pólizas.
- XI. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2014 y análisis de la forma de terminación.
- A.1.I Expedientes iniciados en 2014 clasificados territorialmente.
- A.1.II. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2014 según la forma jurídica de la entidad reclamada.

Mediación.

- XII. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas en 2014.
- XIII. Reclamaciones de mediación resueltas en 2014 clasificadas por asuntos.
- XIV.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2014.
- XIV.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2014 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones.

- XV. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas en 2014.
- XVI. Reclamaciones resueltas en 2014 clasificadas por asuntos.
- XVII. Gestoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2014.
- XVIII. Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2014 y análisis de la forma de terminación.
- XIX. Expedientes de reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y consultas de planes de pensiones iniciados y resueltos en 2014.

Unidad de atención al público (presencial y telefónica).

- XX. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público en 2014.
- XXI. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público en 2014 clasificadas por asuntos.

Actividad de los departamentos o servicios de atención al cliente y los defensores del cliente de las entidades aseguradoras.

- XXII. Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2014.
- XXIII. Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.

Expedientes de especial interés.

XXIV. Relación de expedientes de especial interés publicados en 2014.

A1.III. Relación de expedientes de especial interés publicados, años 2004-2013.

Vía Telemática.

A1.IV. Documentación recibida por vía telemática.

A1.V. Entidades adheridas a las comunicaciones telemáticas.

PRESENTACIÓN

El presente informe resume la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2014. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el órgano supervisor con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Evolución de las quejas y reclamaciones

Este informe, siguiendo la estructura de años anteriores, se inicia con un capítulo dedicado a la información estadística, donde se detalla en cifras la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, mediación y planes de pensiones. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número de **expedientes iniciados** durante el año 2014 ha disminuido un 11,54% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 11.026. La disminución es de un 4,52% en lo que se refiere a reclamaciones frente a entidades aseguradoras; en planes de pensiones se produce una disminución del 11,32%.
- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 9.321.
- Respecto al **sentido de los informes** con los que finalizan de los expedientes de reclamación, un 39% terminó con un informe favorable a la entidad, un 25% con un informe favorable al interesado y en el restante 36% el Servicio de Reclamaciones no pudo emitir, a la vista de la circunstancias planteadas, un pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado. Si tenemos en cuenta únicamente los expedientes en los que ha existido un pronunciamiento del Servicio de Reclamaciones, podemos afirmar que aproximadamente el 39% se ha resuelto a favor del reclamante y el 61% a favor de la entidad.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014, que por las particularidades que plantean se ha considerado conveniente destacar.

El informe, como es habitual, dedica un capítulo a las **prácticas de mercado**, donde se incluye una relación de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas que han de regir en la contratación de seguros y planes de pensiones.

Actuaciones de fomento de la información, la transparencia y la educación financiera

En el capítulo dedicado a la información pública se recogen todas aquellas actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de proporcionar a los ciudadanos la máxima **transparencia e información** sobre la protección de sus derechos e intereses. Así, en este capítulo se refleja la información publicada en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se explica el procedimiento de consulta y reclamación en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, algunos criterios aplicados por el Servicio de Reclamaciones en la resolución de sus informes y un enlace a la red FIN-NET que proporciona información sobre los mecanismos extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito financiero cuando la entidad aseguradora no está sometida

al control del supervisor español. Además, se facilita información sobre la Sede Electrónica del Ministerio de Economía y Competitividad, que ofrece como posibilidad la tramitación de los expedientes de consultas, quejas y reclamaciones por medios telemáticos y la consulta de su estado. Este canal facilita el acceso a los servicios administrativos, así como la agilización de los procedimientos.

Por último, entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014, hay que destacar la colaboración continuada con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, en el desarrollo del **Plan de Educación Financiera** promovido por estos dos últimos organismos supervisores. Entre las actuaciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la página web finanzasparatodos, donde se compila toda la información necesaria sobre economía familiar, accesible a todos los ciudadanos, y la tercera edición del Programa de Educación Financiera. Este programa abarca tanto a centros públicos como a privados y concertados de todas las CCAA y Ceuta y Melilla.

Maria Flavia Rodriguez-Ponga Salamanca
*Directora General de Seguros
y Fondos de Pensiones*

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2014

En este capítulo se recoge la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2014.

La información estadística contenida en este apartado se completa con los cuadros contenidos en el Anexo 1 de este informe.

Este capítulo se divide en cinco apartados:

- El primero, que comprende los cuadros I a IV, contiene las cifras totales de los expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones, incluyendo los referentes a la materia de seguros, mediación, y planes y fondos de pensiones.
- El segundo, cuadros V a XI, contiene las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.
- El tercero, cuadros XII a XIV, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas frente a corredores y corredurías de seguros.
- El cuarto, cuadros XV al XIX, contiene las cifras de los expedientes relacionados con planes y fondos de pensiones.
- El quinto y último comprende los cuadros XX y XXI. En este apartado se hace referencia a las cifras de la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.

Conviene señalar que, al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren tanto a expedientes iniciados, como a expedientes resueltos. Los expedientes iniciados son los expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014, independientemente de que al finalizar el año su tramitación hubiese concluido o no. Las cifras correspondientes a expedientes resueltos se refieren a expedientes cuya tramitación finalizó en el año 2014, independientemente de que se iniciaran en 2014 o en años anteriores.

1. CIFRAS GENERALES

Expedientes iniciados

Los cuadros I y II proporcionan diferente información sobre la totalidad de expedientes iniciados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014.

CUADRO I.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS

PERÍODO	2012	2013	2014
Enero	848	654	1.018
Febrero	1.196	831	960
Marzo	1.303	814	1.079
Abril	995	1.290	920
Mayo	821	1.026	1.051
Junio	806	984	958
Julio	721	1.002	943
Agosto	669	424	555
Septiembre	864	1.163	943
Octubre	967	1.452	972
Noviembre	1.018	1.552	827
Diciembre	525	1.265	800
TOTALES	10.733	12.457	11.026

El cuadro I contiene las cifras del total de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014 y los dos anteriores.

Conviene aclarar que las cifras anteriores no incluyen las reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones, que son atendidas por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones (la tramitación de este tipo de reclamaciones excede de la competencia atribuida al Servicio de Reclamaciones en virtud de lo establecido en la orden ministerial que regula el procedimiento). Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 11.159 expedientes iniciados en 2014, frente a los 12.598 del periodo anterior.

CUADRO II.
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA POR TIPOS DE EXPEDIENTES INICIADOS

MES	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Consultas seguros	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	628	11	4	10	9	3	347	1.012
Febrero	593	10	8	11	7	3	325	957
Marzo	661	20	9	8	11	1	366	1.076
Abril	618	5	6	11	5	0	274	919
Mayo	692	9	7	10	6	0	326	1.050

MES	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Consultas seguros	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Junio	661	13	7	6	6	0	266	959
Julio	593	12	8	3	5	0	321	942
Agosto	354	12	4	4	3	0	178	555
Septiembre	640	14	10	10	10	0	264	948
Octubre	638	13	6	5	5	0	307	974
Noviembre	537	11	3	8	7	1	267	834
Diciembre	509	11	2	2	3	1	272	800
TOTAL 2014	7.124	141	74	88	77	9	3.513	11.026
TOTAL 2013	7.461	159	54	243	128	33	4.379	12.457
DIFERENCIA	-337	-18	20	-155	-51	-24	-866	-1.438
% VARIACION	-4,52	-11,32	37,04	-63,79	-39,84	-72,73	-19,78	-11,54

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2014. Se puede realizar una primera clasificación de los expedientes iniciados distinguiendo entre los expedientes admitidos y no admitidos, estos últimos por no haber cumplido los requisitos previstos en la normativa de protección de los clientes de servicios financieros para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta. Los expedientes admitidos se clasifican a su vez en consultas, quejas y reclamaciones. Éstas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones y mediación.

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014. Como anteriormente se ha comentado, los **expedientes resueltos** se corresponden con aquellos cuya tramitación ha finalizado en el referido ejercicio, independientemente de que se iniciaran en el año 2014 o en años anteriores.

CUADRO III.
EXPEDIENTES RESUELTOS AL CIERRE DE 2014
CLASIFICADOS POR TIPOS

TIPO DE EXPEDIENTE	TOTAL RESUELTOS EN 2014		
	INICIADOS ANTES DE 01/01/2014	INICIADOS EN 2014	TOTAL
Reclamación de seguros	4.537	841	5.378
Reclamación de planes	83	68	151
Reclamación mediadores	28	1	29
Consulta seguros	41	58	99
Consulta planes	54	75	129
Queja	17	5	22
Escritos no admitidos	0	3.513	3.513
TOTAL	4.760	4.561	9.321

El cuadro III contiene información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones clasificados por tipos. Se distingue entre aquellos que se iniciaron en el año 2014 y los iniciados en años anteriores.

**CUADRO IV.
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2014**

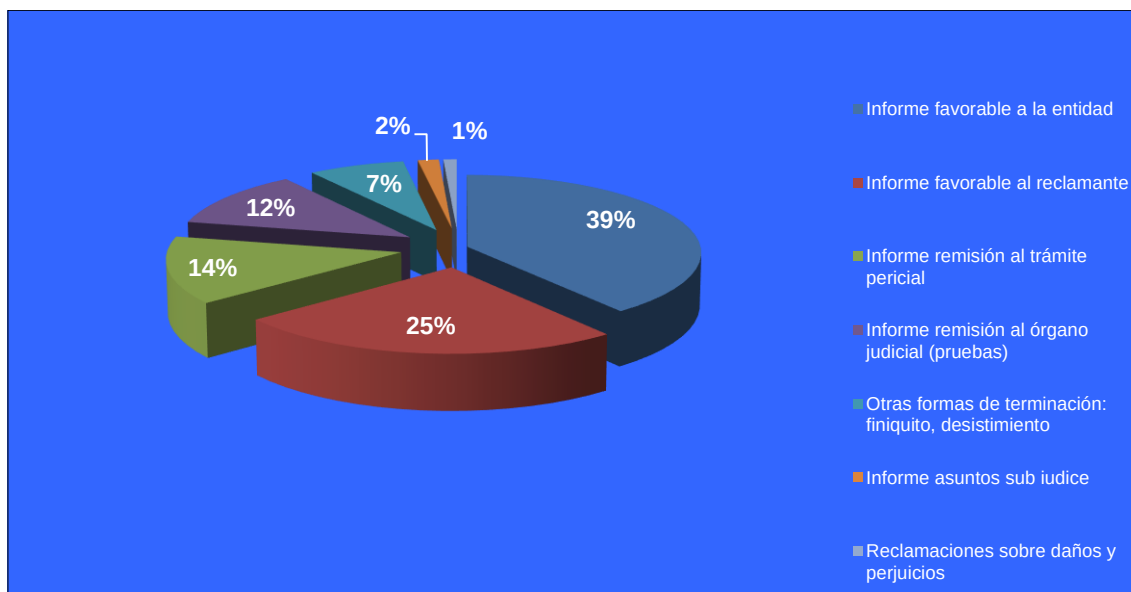
RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
1) Reclamaciones		5.558	59,63
Informe favorable a la entidad	2.180		
Informe favorable al reclamante	1.376		
Informe remisión al trámite pericial	773		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	655		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	402		
Informe asuntos sub iudice	88		
Reclamaciones sobre daños y perjuicios	84		
2) Escritos no admitidos		3.513	37,69
TOTAL RECLAMACIONES		9.071	
CONSULTAS			
3) Resolución de consultas		228	2,45
QUEJAS			
4) Resolución de quejas		22	0,24
EXPEDIENTES TERMINADOS		9.321	100,00

El cuadro IV ofrece un análisis completo de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014.

Los datos contenidos en el cuadro se dividen en cuatro partes:

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación. Se incluyen los expedientes en los que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la Orden ECC/2502/2012, finalizaron con los motivos que se señalan en el artículo 10 de la citada norma. En estos expedientes, si bien finalmente se emite informe, se indica que el supuesto examinado se encuentra en alguno de los supuestos de inadmisión que señala la norma (remisión al trámite pericial, a los tribunales de justicia, etc.).
- La segunda, se refiere al número total de expedientes no admitidos desde su presentación por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura de un procedimiento de consulta, queja o reclamación.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas referentes a contratos de seguros y planes de pensiones y a las quejas resueltas durante el año 2014.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN



Del total de los expedientes terminados, 5.558 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 59,63% del total de expedientes resueltos en 2014. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad**, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.180 lo que supone el **39%** del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.376, lo que supone el **25%** del total.
- c) El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de **acudir al trámite pericial** del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro asciende a 773, lo que representa el **14%** del total de reclamaciones resueltas, porcentaje superior al 11,70% del año anterior. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración por expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el Servicio de Reclamaciones omite un pronunciamiento expreso, informando de la posibilidad de acudir al trámite pericial.
- d) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que resuelva el conflicto planteado por la necesidad de practicar las **pruebas oportunas** ha ascendido a 655 expedientes, lo que supone un **12%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.
- e) El apartado de “**otras formas de terminación**” recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante y las que terminan por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 402 y suponen el **7%** del total de las resueltas, porcentaje ligeramente inferior al del ejercicio precedente.

- f) Las 88 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba **en litigio ante los tribunales de justicia**, representan el **2%** del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que ya hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.
- g) Por último, las reclamaciones en la que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 84, suponiendo un **1%**, del total, indicándose en los informes que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.

Como se ha explicado anteriormente se han incluido en el apartado de reclamaciones resueltas los expedientes que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la Orden ECC/2502/2012, finalizaron con los motivos que se señalan en el artículo 10 de la citada norma (remisión al trámite pericial, a órganos judiciales, etc.).

Los **escritos que no fueron admitidos a trámite** desde su presentación son aquellos que no cumplían los requisitos formales o de competencia establecidos en la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros. La primera causa, por importancia, es no haber acudido previamente a las instancias de resolución de conflictos existentes en las entidades contra las que se reclama. En estos supuestos el Servicio emite un informe en el que se señala la causa de no admisión, requiriendo al interesado para que en el plazo de diez días hábiles complete la documentación indicada, comunicándole que en caso contrario se procederá al archivo del expediente. La siguiente causa de no admisión está motivada por no disponer de datos suficientes en los escritos presentados por el reclamante para atender su reclamación o queja, bien porque no concretan el motivo, bien porque no identifican a la entidad reclamada. En este supuesto, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación. También son motivos de inadmisión la falta de firma, la falta de acreditación de la representación, en caso de que se actúe por medio de representante, la falta de comunicación de NIF o CIF u otros requisitos formales.

Otra de las razones que motiva la no admisión de los escritos presentados por los ciudadanos es la falta de competencia del Servicio de Reclamaciones para conocer el asunto planteado. Esta falta de competencia deriva de tres supuestos:

- 1º) por razón de la materia,
- 2º) por tratarse de cuestiones relacionadas con los denominados seguros de grandes riesgos definidos en el artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro,
- 3º) porque la competencia corresponde a otros organismos, como el Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores. En estos últimos casos el Servicio de Reclamaciones procede al traslado de los expedientes a dichos organismos, comunicando al interesado esta circunstancia.

Por último, otro de los motivos que da lugar a la no admisión de consultas, quejas o reclamaciones, es la presentación de escritos por personas no legitimadas por no tener la condición de tomador, asegurado, beneficiario, tercero perjudicado o derechohabiente de cualquiera de ellos, en un contrato de seguro, o de partícipe o beneficiario en un plan de pensiones.

2. SEGUROS

La segunda parte del informe estadístico se refiere a los expedientes relacionados con contratos de seguro.

**CUADRO V.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2014**

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	628	330	10	10	3	0	981
Febrero	593	299	11	15	3	0	921
Marzo	661	337	8	21	1	0	1.028
Abril	618	259	11	11	0	1	900
Mayo	692	311	10	5	0	0	1.018
Junio	661	248	6	9	0	2	926
Julio	593	306	3	7	0	0	909
Agosto	354	163	4	10	0	0	531
Septiembre	640	244	10	11	0	0	905
Octubre	638	285	5	15	0	0	943
Noviembre	537	251	8	11	1	0	808
Diciembre	509	256	2	12	1	0	780
TOTAL 2014	7.124	3.289	88	137	9	3	10.650
TOTAL 2013	7.461	4.126	243	155	33	3	12.021
DIFERENCIA	-337	-493	-126	-6	-24	0	-407
% VARIACION	-4,52	-11,95	-51,85	-3,87	-72,73	0,00	-3,39

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2014 clasificados por tipos.

**CUADRO VI.
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2014
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2014	% S/TOTAL 2014	TOTAL 2013	% SOBRE TOTAL 2013	DIFERENCIA 2014-2013
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.552	35,82	2.560	34,31	-8
Enfermedad	974	13,67	1.074	14,39	-100
Vida	824	11,57	967	12,96	-143
Vehículos terrestres	789	11,08	793	10,63	-4
Defensa jurídica	564	7,92	582	7,80	-18
Decesos	347	4,87	303	4,06	44
Perdidas pecuniarias diversas	333	4,67	428	5,74	-95

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2014	% S/TOTAL 2014	TOTAL 2013	% SOBRE TOTAL 2013	DIFERENCIA 2014-2013
Responsabilidad civil general	332	4,66	363	4,87	-31
Accidentes	275	3,86	261	3,50	14
Asistencia	134	1,85	130	1,74	4
TOTAL	7.124	100	7.461	100	-337

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2014.

Los seguros denominados comercialmente **multirriesgos**, como los de hogar, comunidades de propietarios, industriales y otros, son contratos que incluyen una gran variedad de coberturas de distintos ramos, como incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes, responsabilidad civil, defensa jurídica y asistencia. En el cuadro anterior, sin embargo, cuando se hace referencia a multirriesgos, sólo se incluyen los ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes.

CUADRO VII.1
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2014
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Solicitud y proposición	166	28,67
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	145	25,04
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	51	8,81
Impago de la prima	47	8,12
Declaración del riesgo al contratar	32	5,53
Información sobre la póliza	27	4,66
Seguro de vida. Consentimiento de las partes	20	3,45
Modificaciones del contrato	18	3,11
Regulación del beneficiario	16	2,76
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	11	1,90
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	7	1,21
Prescripción	7	1,21
Otras materias	32	5,53
TOTAL	579	10,77

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	117	67,63
Impago de la indemnización	10	5,78
Declaración del riesgo al contratar	9	5,20
Impago de la prima	6	3,47
Solicitud y proposición	6	3,47
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	2,89
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	5	2,89
Otras materias	15	8,67

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
TOTAL	173	3,22

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	255	40,03
Modificaciones del contrato	116	18,21
Declaración del riesgo al contratar	94	14,76
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	89	13,97
Solicitud y proposición	27	4,24
Impago de la prima	21	3,30
Otras materias	35	5,49
TOTAL	637	11,84

RAMOS 3 Y 10.- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	158	22,57
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	114	16,29
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	95	13,57
Cobertura de robo	87	12,43
Impago de la prima	80	11,43
Solicitud y proposición	31	4,43
Acción directa frente a la compañía	29	4,14
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	29	4,14
Modificaciones del contrato	22	3,14
Otras materias	55	7,86
TOTAL	700	13,02

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	943	55,11
Cuestiones específicas de la regulación del seguro de robo	278	16,25
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	188	10,99
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	83	4,85
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	51	2,98
Modificaciones del contrato	33	1,93
Infraseguro y sobreseguro	28	1,64
Solicitud y proposición	23	1,34
Impago de la prima	20	1,17
Otras materias	64	3,74
TOTAL	1.711	31,81

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	177	43,81
Acción directa frente a la compañía	88	21,78

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Cuestiones específicas de la regulación del seguro de responsabilidad civil	34	8,42
Defensa del responsable	25	6,19
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	18	4,46
Impago de la prima	12	2,97
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	11	2,72
Declaración del riesgo al contratar	9	2,23
Modificaciones del contrato	8	1,98
Otras materias	22	5,45
TOTAL	404	7,51

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	279	78,37
Solicitud y proposición	35	9,83
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	2,53
Declaración del riesgo al firmar el contrato	8	2,25
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	1,40
Prescripción	5	1,40
Otras materias	15	4,21
TOTAL	356	6,62

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	194	45,33
Derecho libre elección de abogado y procurador	190	44,39
Importe de los honorarios de abogado y procurador	12	2,80
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	11	2,57
Otras materias	21	4,91
TOTAL	428	7,96

RAMO 18.- ASISTENCIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	112	81,75
Rehúse del siniestro	11	8,03
Valoración del siniestro	5	3,65
Otras materias	9	6,57
TOTAL	137	2,55

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	79	31,23
Modificaciones del contrato	54	21,34
Impago de la prima	36	14,23
sumas aseguradas	33	13,04
Rehúse del siniestro	16	6,32

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Declaración del riesgo al contratar	14	5,53
Otras materias	21	8,50
TOTAL	253	4,70

TODOS LOS RAMOS		
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2014	5.378	100,00

El cuadro VII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2014, agrupados por ramos. En los casos en que una reclamación afecta a varios asuntos, se ha incluido en el epígrafe que se refiere a la cuestión principal.

Las reclamaciones están agrupadas por ramos o agrupación de ramos: vida, accidentes, enfermedad y asistencia sanitaria, vehículos terrestres (incluyendo la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor), incendio y elementos naturales y otros daños a los bienes, responsabilidad civil general, pérdidas pecuniarias diversas, defensa jurídica, asistencia, y en último lugar, decesos.

Las tablas incluyen el porcentaje que representa cada asunto sobre el total de reclamaciones de un ramo o agrupación de ramos. Al final de cada tabla se indica la proporción entre el número de expedientes resueltos de un ramo y el total de expedientes resueltos en materia de seguros.

Con carácter general, en todos los ramos ocupan un lugar destacado, por su número, las reclamaciones referidas a divergencias en la interpretación del clausulado de los contratos, el incumplimiento del pago de la prestación, la valoración del siniestro y las modificaciones en los contratos, en especial, las relativas a los aumentos de primas.

No obstante, conviene señalar las particularidades en cada uno de los ramos, por lo que a continuación se detallan los principales motivos de reclamación, distinguiendo entre seguros de personas y seguros de daños sobre las cosas y patrimoniales.

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

En el año 2014 el principal motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida** se origina durante el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación de los seguros. Así, los reclamantes se quejan de la deficiente información recibida, e incluso manifiestan total discordancia entre lo que solicitaron a la entidad aseguradora o la propuesta de ésta, y lo finalmente contratado. Una adecuada redacción de los contratos no es suficiente en productos complejos de vida, como pueden ser aquéllos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o seguros cuyo valor está referenciado al valor de unos activos vinculados; la oferta de este tipo de productos requiere de un asesoramiento adecuado y profesional del mediador que los comercializa. En este sentido, es fundamental incidir en la formación y capacitación de quienes ofrecen en el mercado estos seguros.

El segundo motivo de reclamación deriva principalmente de desacuerdos en la aplicación e interpretación de los contratos. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados por las entidades aseguradoras, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje sencillo, transparente y directo, que no pueda dar lugar a equívocos, de forma que el tomador comprenda desde el primer momento todas las características del tipo de contrato que suscribe.

Las reclamaciones resueltas en el ramo de vida relativas al ejercicio del derecho a oposición a la prórroga del contrato han supuesto un 8,81% respecto del total.

Las reclamaciones relativas al impago de la prima siguen destacando en este ramo, principalmente cuando el impago produce la extinción del contrato. Se discute a quien debe atribuirse la culpabilidad de la falta de pago de prima, a efectos de determinar cuáles son sus consecuencias de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro.

Otra fuente de conflictos está relacionado con las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador previo a la contratación. En estos casos, la discordancia viene motivada por la aplicación de la reducción proporcional prevista en la ley o incluso por el rechazo al pago de la prestación fundamentado en la existencia de dolo o culpa grave del tomador en la declaración del riesgo. Como en años anteriores es necesario seguir insistiendo en la importancia que tienen los cuestionarios de salud en el ramo de vida, tanto para los tomadores como para las entidades aseguradoras. Así, para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, rechazarse por la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras deben ser igualmente conscientes del valor de los cuestionarios de salud, pues permiten seleccionar y valorar adecuadamente los riesgos antes de la contratación.

En el **ramo de accidentes** el primer motivo de reclamación se debe a divergencias en la aplicación e interpretación de las pólizas suscritas, principalmente por falta de claridad y precisión en la delimitación del riesgo cubierto. El 5,78% de las reclamaciones resueltas en este ramo tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad, el 5,20% está relacionado con la declaración del riesgo al contratar y un 3,47% tienen que ver con el impago de la prima.

La falta de acuerdo en la interpretación de la póliza contratada constituye el principal motivo de reclamación en el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, destacando aquéllas en las que se discute si los tratamientos realizados con nuevas técnicas que se van incorporando a la práctica habitual de la medicina y que no existían en la fecha en que se contrató la póliza, están incluidos dentro de las prestaciones garantizadas de acuerdo con la redacción de los contratos. Son muy numerosas en este ramo las reclamaciones por las modificaciones propuestas por la entidad en cada renovación anual del seguro, y que, principalmente, afectan a la prima y a los copagos a satisfacer por el tomador en el siguiente periodo. Estas variaciones, además de respetar los plazos y la forma establecida en la ley para que resulten válidas y aplicables, deben estar actuariamente fundamentadas, en aras de mantener y proteger el equilibrio contractual en los contratos de seguro ya celebrados, de acuerdo con lo previsto en la normativa de ordenación y supervisión de los seguros privados.

También destacan las reclamaciones que tienen su origen en la interpretación del cuestionario de salud y en la aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, debido a la importancia que tiene en este tipo de seguros la declaración del riesgo antes de la entrada en vigor del contrato. La oposición a la prórroga por parte de la entidad aseguradora, da lugar también a un número importante de reclamaciones. En este tipo de contratos que se comercializan generalmente como seguros de duración anual renovable por periodos sucesivos, cualquiera de las partes puede oponerse a la prórroga, siempre y cuando lo comunique por escrito y con dos meses de antelación al vencimiento del periodo en curso.

En el **seguro de decesos** las discrepancias surgen principalmente por la interpretación de la póliza (devolución de la diferencia entre la suma asegurada y el importe del servicio prestado, modo de prestación del servicio funerario, etc.) y por las modificaciones contractuales propuestas por la entidad aseguradora en los sucesivos vencimientos. Estas variaciones afectan generalmente a las primas, por el aumento que experimentan debido al incremento del riesgo en función de la edad del asegurado, al aumento del coste de los servicios funerarios o a la incorporación de nuevos servicios o prestaciones. En este punto conviene recordar las exigencias de información previa a la contratación, recogidas para esta modalidad de seguros en el artículo 105 bis del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 noviembre. Así, y entre otras exigencias, la nota informativa previa debe incluir un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance los noventa años.

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, los asuntos más destacados, como en la mayoría de los ramos, son los que tienen que ver con la divergencia en la aplicación e interpretación de las cláusulas del contrato, así como los asuntos relacionados con el ejercicio del derecho a la oposición a la prórroga del contrato y los relacionados con la valoración de los daños, y la cobertura de robo.

En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** el asunto más destacado es también la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza suscrita, en concreto constituye el 55,11% del total de reclamaciones en estos ramos. Asimismo hay que destacar el elevado número de reclamaciones relacionadas con la garantía de robo. En éstas, las discrepancias están principalmente motivadas por la calificación jurídica del siniestro como robo o hurto, por la valoración de los daños o por la prueba de la preexistencia de los objetos sustraídos. Le siguen en importancia las reclamaciones relacionadas con la valoración de los daños derivados del siniestro y la consiguiente remisión al trámite pericial.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, el 43,81% de los expedientes resueltos versan sobre las discrepancias en la aplicación e interpretación de la póliza, y el origen hay que buscarlo en la falta de claridad en su redacción, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial. El 21,78% se refieren al ejercicio de la acción directa del perjudicado frente a la entidad aseguradora de la responsabilidad civil. Un 8,42% tiene que ver con cuestiones específicas de la regulación de este seguro en especial a la delimitación temporal de la cobertura.

En el **ramo de pérdidas pecuniarias diversas**, el asunto que genera mayor número de reclamaciones es, de nuevo, la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza, que supone el 78,37%. Como se puso de manifiesto en informes anteriores, la mayoría de las reclamaciones de este ramo derivan de la comercialización de pólizas ligadas a préstamos, denominadas “seguros de protección de pagos”, que ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato indefinido) y la de incapacidad temporal, para el resto de trabajadores. En estas pólizas, la causa de las reclamaciones está, principalmente, en que los asegurados entienden que están cubiertos frente a las dos contingencias, cuando estas coberturas son alternativas dependiendo de cuál sea la situación laboral del asegurado.

En el **ramo de defensa jurídica** el motivo de reclamación más numeroso es el de la divergencia en la interpretación de las cláusulas del contrato y todo lo relacionado con el derecho a la libre designación de abogado y procurador y con el importe de sus honorarios.

En el **ramo de asistencia** la causa de reclamación más frecuente es la referida a las discrepancias surgidas en la aplicación e interpretación de la póliza. El origen hay que buscarlo en una categoría concreta de estos seguros, los de asistencia en viaje comercializados, a distancia o no, a través de las agencias de viajes, pues se entrega generalmente tan sólo un extracto de las condiciones generales del contrato por lo que los asegurados desconocen el contenido exacto del mismo, surgiendo discrepancias en la aplicación de las citadas condiciones cuando se produce el siniestro.

Por lo anterior, resulta necesario resaltar la importancia de la entrega, por parte de las entidades aseguradoras, de las condiciones generales y particulares a los tomadores, y en su caso, asegurados, no sólo porque es una obligación legal, sino porque la falta de conocimiento de las condiciones del contrato origina un gran número de reclamaciones fácilmente evitables.

CUADRO VII.2
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2014 CLASIFICADAS POR RAMOS
ATENDIENDO A SU FORMA DE TERMINACION

RAMOS	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
RAMOS 8 Y 9 INCENDIOS Y ELEMENTOS NATURALES / OTROS DAÑOS A LOS BIENES	1.711	158	117	275	16,07	510	29,81	926	54,12
RAMOS 3 Y 10 VEHICULOS TERRESTRES	700	104	100	204	29,14	232	33,14	264	37,71
RAMO 2 ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	637	65	195	260	40,82	267	41,92	110	17,27
RAMO 0 VIDA	579	63	94	157	27,12	312	53,89	110	19,00
RAMO 17 DEFENSA JURIDICA	428	53	97	150	35,05	207	48,36	71	16,59
RAMO 13 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	404	9	40	49	12,13	114	28,22	241	59,65
RAMO 16 PERDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	356	38	36	74	20,79	207	58,15	75	21,07
RAMO 19 DECESOS	253	23	54	77	30,43	160	63,24	16	6,32
RAMO 1 ACCIDENTES	173	3	22	25	14,45	58	33,53	90	52,02
RAMO 18 ASISTENCIA	137	13	14	27	19,71	57	41,61	53	38,69
TOTAL	5.378	529	769	1.298	24,14	2.124	39,49	1.956	36,37

El cuadro VII.2 muestra la forma de terminación de los expedientes de reclamación clasificados por ramos.

CUADRO VIII.
CONSULTAS RESUELTAS EN 2014 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA

MATERIA	Nº	%
Datos sobre compañías	13	13,13
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	7	7,07
Dudas sobre la aplicación e interpretación de la póliza	6	6,06
Solicitud y proposición de seguro	6	6,06
Cuestiones sobre Impago de la indemnización	4	4,04
Información para plantear reclamación	4	4,04
Modificaciones del contrato	4	4,04
Regulación del beneficiario	4	4,04
Impago de la prima	3	3,03
Información previa a la suscripción del contrato	3	3,03
Seguro de vida	3	3,03
Otras materias	42	26,26
TOTAL	99	100,00

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2014. Los asuntos sobre los que versan las consultas presentan una gran diversidad; no obstante, en el citado cuadro se han agrupado por materias, atendiendo a sus notas comunes, con el objeto de poder realizar un análisis de las cuestiones que suscitan dudas a los ciudadanos en materia de contrato de seguro. Los asuntos que han motivado el mayor número de consultas durante el 2014 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

Bajo el epígrafe “datos sobre compañías” se aglutinan las consultas en las que se solicita información sobre una determinada entidad aseguradora o sobre un contrato de seguro, en especial las relativas a la existencia de registros de pólizas, primas y asegurados. Desde el Servicio de Reclamaciones se informa que el Ministerio de Economía y Competitividad no posee ningún registro sobre contratos de seguro; no obstante, se informa de que existe un Registro de contratos de seguro con cobertura de fallecimiento dependiente del Ministerio de Justicia. Asimismo, es relevante señalar que, debido a la crisis financiera, los ciudadanos muestran preocupación por la solvencia de las entidades aseguradoras; en estos casos se informa acerca de los mecanismos de control sobre el sector asegurador en España y sobre las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros en la liquidación de entidades aseguradoras.

Las consultas en referencia a la duración del contrato ocupan la segunda posición. En éstas los ciudadanos se interesan por los requisitos necesarios para oponerse a la prórroga de los contratos tanto por parte del cliente como por parte de la entidad y por la posibilidad de resolver el contrato de forma anticipada.

El apartado sobre la interpretación de la póliza ocupa el tercer lugar, debido a que la variedad, complejidad y extensión de los condicionados de las pólizas es cada vez mayor. En este sentido, el Servicio de Reclamaciones considera que la comprensión por los clientes de los contratos de seguros se basa en dos pilares fundamentales, la redacción clara y precisa de los condicionados y el correcto asesoramiento por las propias entidades o por los mediadores, tanto previo a la suscripción como durante toda la vida del contrato.

CUADRO IX.
QUEJAS RESUELTAS EN 2014 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	10	45,45
Impago de la prima	4	18,18
Otras materias	8	13,64
TOTAL	22	100,00

El número de quejas es muy reducido, debido fundamentalmente a que en los escritos de reclamación es habitual que conjuntamente se formulen quejas o se manifieste el descontento por la actuación de la entidad aseguradora. Este tipo de expediente se tramita de forma unitaria bajo la calificación de reclamación, puesto que se solicita la reparación o restitución de un derecho o una pretensión de carácter económico.

Las quejas referidas a divergencias en cuanto a interpretación del contrato suponen el 45,45%. El segundo lugar en importancia lo ostentan las quejas referidas a las situaciones de impago de la prima.

CUADRO X.1
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO
DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2014

DENOMINACIÓN	TOTAL 2014	TOTAL 2013	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	478	504	-26	-5,16	0,1383
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	413	345	68	19,71	0,2001
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	382	406	-24	-5,91	0,3478
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	358	353	5	1,42	0,2017
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	316	282	34	12,06	0,1158
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	243	206	37	17,96	0,0873
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	240	237	3	1,27	0,1915
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	224	277	-53	-19,13	0,2866
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	219	175	44	25,14	0,3366
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	212	299	-87	-29,1	0,1793
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	187	210	-23	-10,95	0,0955
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	162	196	-34	-17,35	0,4059

DENOMINACIÓN	TOTAL 2014	TOTAL 2013	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	154	192	-38	-19,79	0,1692
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	129	101	28	27,72	0,377
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	127	130	-3	-2,31	0,1016
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	123	134	-11	-8,21	0,1621
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	116	104	12	11,54	0,0999
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	111	91	20	21,98	0,1336
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	94	141	-47	-33,33	0,0536
FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	86	78	8	10,26	0,1756
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	80	110	-30	-27,27	VER NOTA
AIG EUROPE LIMITED SUC.ESPAÑA	75	91	-16	-17,58	VER NOTA
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	70	43	27	62,79	0,013
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	71	61	10	16,39	1,9725
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	65	6	-21	-24,42	0,1257

NOTAS:

- Respecto a las entidades AIG Europe Limited, Sucursal en España y Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.
- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2014.

El cuadro X.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2014. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones iniciadas en el año 2014, el total de reclamaciones iniciadas en el año 2013, la diferencia entre estos valores, la variación experimentada en términos porcentuales y en la última columna del cuadro se hace referencia al ratio de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

La utilización del ratio entre el número de reclamaciones y el volumen de primas devengadas, tiene por finalidad permitir una medida relativa de comparación entre entidades sin que, dada la diferente dimensión de las magnitudes, tenga en sí misma un significado económico o de gestión.

CUADRO X.2
ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DE RECLAMACIONES EN 2014 EN
RELACIÓN AL VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS

ENTIDADES	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2014	RATIO RECLAMACIONES
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	71	35.995.492	1,9725
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	65	70.911.327	0,9166
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.	27	31.090.461	0,8684
MM HOGAR SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS	33	41.594.595	0,7934
CAJAMAR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	27	34.801.156	0,7758
UNION DEL DUERO, CIA. DE SEGUROS GENERALES, S.A.	28	38.076.675	0,7354
UNION DE AUTOMOVILES CLUBS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (UNACSA)	24	42.833.144	0,5603
ASEFA S.A., SEGUROS Y REASEGUROS	37	66.894.704	0,5531
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	24	46.276.377	0,4754
CATALUNYACAIXA ASSEGURANCES GENERALS, SOCIETAT ANÓNIMA D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES	17	39.237.476	0,4333
COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	17	39.349.944	0,4320
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	162	401.556.986	0,4059
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	129	344.813.958	0,3770
MEDITERRANEO SEGUROS DIVERSOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	13	35.357.708	0,3677
AEGON SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	50	140.945.984	0,3547
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	382	1.118.401.858	0,3478
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	29	86.141.457	0,3367
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	219	650.670.688	0,3366
MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA	63	189.722.463	0,3321
RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	57	177.789.940	0,3206
ABANCA VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A	15	51.294.501	0,2924
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	224	781.530.230	0,2866
PREVENTIVA, CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	26	93.709.029	0,2775
ALMUDENA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	23	85.509.340	0,2690
NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	34	133.395.747	0,2549

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2014.

El cuadro X.2 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2014, ordenadas en función del ratio de número de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

CUADRO X.3
ASEGURADORAS CON MAYOR VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS EN 2014 EN
RELACIÓN CON EL NÚMERO DE RECLAMACIONES

ENTIDADES	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2014	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	1.118.401.858 (15)	382 (3)	0,3478
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	650.670.688 (24)	219 (9)	0,3366
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	781.530.230 (21)	224 (8)	0,2866
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.774.524.067 (8)	358 (4)	0,2017
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.079.131.355 (5)	413 (2)	0,2001
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.274.185.431 (10)	240 (7)	0,1915
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.182.337.774 (13)	212 (10)	0,1793
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	910.010.443 (19)	154 (13)	0,1692
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	752.536.077 (22)	123 (16)	0,1621
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.484.965.056 (2)	478 (1)	0,1383
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	830.530.098 (20)	111 (18)	0,1336
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	2.763.083.001 (4)	316 (5)	0,1158
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.249.438.198 (11)	127 (15)	0,1016
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.161.172.739 (14)	116 (17)	0,0999
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.978.786.272 (6)	187 (11)	0,0955
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.817.932.387 (3)	243 (6)	0,0873
MAPFRE SEGUROS DE EMPRESAS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	640.707.737 (25)	35 (42)	0,0546
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	1.921.834.290 (7)	94 (19)	0,0536
MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA	1.191.487.248 (12)	49 (32)	0,0411
UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	690.194.615 (23)	24 (57)	0,0348

ENTIDADES	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2014	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL	1.026.652.772 (18)	35 (42)	0,0341
BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.297.312.956 (9)	19 (66)	0,0162
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	5.539.387.725 (1)	70 (24)	0,0130
IBERCAJA VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.084.777.586 (16)	11 (94)	0,0101
MAPFRE GLOBAL RISKS, COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.048.941.073 (17)	2 (148)	0,0019

NOTA: Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2014.

El cuadro X.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2014. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2014 y el ratio de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas, pero únicamente para las 25 entidades con mayor volumen de primas en 2014. En las columnas de primas devengadas y número de reclamaciones se indica entre paréntesis el orden que ocupa la entidad atendiendo a cada una de las magnitudes.

CUADRO X.4.
ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DEL NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS
EN 2014 EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PÓLIZAS

DENOMINACIÓN	RECLAMACIONES	NÚMERO PÓLIZAS	RATIO RECLAMACIONES/ NÚMERO PÓLIZAS
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	212	937.995	0,02260%
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	71	510.081	0,01392%
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	129	945.272	0,01365%
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	413	3.470.213	0,01190%
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	224	1.926.542	0,01163%
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	382	3.532.663	0,01081%
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	358	4.735.146	0,00756%
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	94	1.285.293	0,00731%
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	162	2.401.963	0,00674%

DENOMINACIÓN	RECLAMACIONES	NÚMERO PÓLIZAS	RATIO RECLAMACIONES/ NÚMERO PÓLIZAS
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	116	1.897.346	0,00611%
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	187	3.212.401	0,00582%
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	219	3.795.515	0,00577%
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	316	5.809.444	0,00544%
FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	86	1.765.186	0,00487%
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	243	5.037.072	0,00482%
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	65	1.494.502	0,00435%
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	111	2.715.318	0,00409%
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	240	6.992.236	0,00343%
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	478	14.424.733	0,00331%
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	123	3.963.520	0,00310%
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	154	6.723.308	0,00229%
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	70	4.000.598	0,00175%
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	127	9.503.645	0,00134%
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	80	0	VER NOTA
AIG EUROPE LIMITED SUC.ESPAÑA	75	0	VER NOTA

NOTAS:

- Respecto a las entidades AIG Europe Limited, Sucursal en España y Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.
- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2014.

CUADRO XI.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2014 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	425	43	51	94	22,12	172	40,47	159	37,41
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	304	45	36	81	26,64	100	32,89	123	40,46
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	278	19	19	38	13,67	141	50,72	99	35,61
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	231	24	22	46	19,91	89	38,53	96	41,56
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	228	23	36	59	25,88	74	32,46	95	41,67
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	200	21	38	59	29,50	54	27,00	87	43,50
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	182	26	91	117	64,29	52	28,57	13	7,14
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	177	7	14	21	11,86	83	46,89	73	41,24
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	159	21	15	36	22,64	72	45,28	51	32,08
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	148	15	25	40	27,03	60	40,54	48	32,43
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	138	8	9	17	12,32	67	48,55	54	39,13
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	137	20	14	34	24,82	29	21,17	74	54,01

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	133	8	12	20	15,04	39	29,32	74	55,64
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	120	6	18	24	20,00	35	29,17	61	50,83
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	107	12	14	26	24,30	36	33,64	45	42,06
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	89	15	5	20	22,47	37	41,57	32	35,96
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	77	1	4	5	6,49	26	33,77	46	59,74
DIRECT&QUIXA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	76	12	7	19	25,00	35	46,05	22	28,95
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	73	7	6	13	17,81	26	35,62	34	46,58
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	71	4	19	23	32,39	13	18,31	35	49,30

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 20 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2014 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 20 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2014 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones iniciadas** durante 2014, independientemente de que estos expedientes al término del año 2014 estuviesen resueltos o no.

Los datos contenidos en el cuadro muestran el total de reclamaciones de las entidades que se indican, distinguiendo en valores absolutos y relativos, entre las que finalizaron con un informe favorable al reclamante; las que lo hicieron con un informe favorable a la entidad, desestimando la pretensión del interesado; y por último, en la columna de otros pronunciamientos, se indican los datos de las reclamaciones que finalizaron con la remisión al trámite pericial o a un órgano judicial y aquéllas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de un finiquito anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

Además, dentro del cuadro de informes favorables al reclamante se distingue entre el total de reclamaciones que finalizaron con el allanamiento de la entidad a las pretensiones del reclamante y las que finalizaron con un informe estimando su reclamación.

3. MEDIACIÓN

En este apartado del informe estadístico se analizan las reclamaciones presentadas frente a la actividad realizada por los corredores y las corredurías de seguros.

3.1. Expedientes iniciados durante el año

CUADRO XII.
EVOLUCION MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN 2014

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	4	3	7
Febrero	8	0	8
Marzo	9	3	12
Abril	6	2	8
Mayo	7	1	8
Junio	7	2	9
Julio	8	2	10
Agosto	4	0	4
Septiembre	10	2	12
Octubre	6	0	6
Noviembre	3	1	4
Diciembre	2	0	2
TOTAL 2014	74	16	90
TOTAL 2013	54	30	84
DIFERENCIA	20	-14	6
% VARIACION	37,04	-46,67	7,14

El cuadro anterior ofrece información sobre el número de reclamaciones iniciadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2014 y su variación con respecto al año anterior.

3.2. Motivos de reclamación

CUADRO XIII.
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS EN 2014
CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	11	37,93
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	11	37,93
Otros motivos.	7	24,14
AÑO 2014	29	100,00

Al igual que en años anteriores los motivos más habituales de reclamación frente a la actividad de mediación realizada por los corredores y corredurías de seguros se refieren a la inadecuada asistencia en caso de siniestro, así como a la falta de información sobre el contrato suscrito.

CUADRO XIV. 1
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2014

MEDIADORES	NÚMERO	%
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG, S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	17	51,52
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	11	33,33
GTG, CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.	5	15,15

En este cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones iniciadas durante 2014.

CUADRO XIV. 2
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2014 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	9	0	1	1	11,11	8	88,89	0	0%
EXPERT EJECUTIVOS, S.A. CORREDURIA DE SEGUROS	4	0	3	3	75,00	0	0%	1	25,00
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG, S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	2	0	0	0	0%	1	50,00	1	50,00
CASCUDO FONTAO S.L.	2	1	1	2	100,00	0	0%	0	0%

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las cuatro corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2014 por el Servicio de Reclamaciones.

4. PLANES DE PENSIONES

El Servicio de Reclamaciones, con la colaboración de la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones, atiende y resuelve las consultas, quejas y reclamaciones que se presenten en materia de planes y fondos de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria. Esta parte dedicada a planes de pensiones se divide en 2 apartados: uno referido a los datos sobre reclamaciones de planes de pensiones individuales y planes de previsión asegurados, y consultas presentadas por particulares, y el segundo relativo a las reclamaciones de planes de pensiones de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

En relación con las reclamaciones relativas a planes de pensiones individuales cabe mencionar que el Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones formuladas frente a las entidades gestoras y depositarias de fondos de pensiones individuales, así como frente a los comercializadores de estos planes, aunque conviene señalar que la mayoría de las reclamaciones presentadas en materia de planes y fondos de pensiones han sido frente a la actuación de entidades gestoras de fondos de pensiones.

A este respecto, cabe señalar que el artículo 26 bis del texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, introducido por la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, prevé expresamente que los comercializadores serán responsables ante los partícipes y beneficiarios de todos los perjuicios que les causaren por incumplimiento de sus obligaciones. Asimismo, y en lo que afecta al trámite de reclamación previa, se dispone que las reclamaciones que formulen los partícipes y beneficiarios o sus derechohabientes contra comercializadores de planes de pensiones individuales se someterán al Defensor del partícipe.

Por último, se informa que las cifras generales recogidas en la primera parte del informe contienen la actividad desarrollada por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones, en lo que se refiere a la tramitación y resolución de reclamaciones de planes individuales y planes de previsión asegurados, y consultas presentadas por particulares relativas a planes y fondos de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria.

4.1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares.

4.1.1. Expedientes iniciados durante el año

CUADRO XV.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2014

PERIODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	11	3	9	1	24
Febrero	10	10	7	1	28
Marzo	20	5	11	0	36
Abril	5	1	5	0	11

Mayo	9	8	6	1	24
Junio	13	4	6	1	24
Julio	12	4	5	2	23
Agosto	12	3	3	2	20
Septiembre	14	4	10	3	31
Octubre	13	5	5	2	25
Noviembre	11	3	7	1	22
Diciembre	11	3	3	1	18
TOTAL 2014	141	53	77	15	286
TOTAL 2013	159	63	128	2	352
DIFERENCIA	-18	-10	-51	13	-66
% VARIACION	-11,32	-15,87	-39,84	650	-18,75

En este cuadro se recoge el número total de expedientes de reclamación relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual y planes de previsión asegurados, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por particulares, iniciados durante el año 2014 y clasificados por meses.

En relación con los escritos de reclamación que no resultaron admitidos, cabe señalar que la principal causa de inadmisión fue la no acreditación de la interposición, de forma previa, de la correspondiente reclamación ante el Defensor del Partícipe de los planes de pensiones respectivos. A estos efectos, el Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que en el documento o boletín de adhesión mediante el cual se formaliza la contratación del plan de pensiones, debe informarse, entre otros aspectos, sobre las instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, precisando la denominación y domicilio del citado Defensor, así como indicarse el lugar y forma en que el partícipe puede acceder en cualquier momento al Reglamento de funcionamiento del Defensor del Partícipe.

En cuanto a los expedientes de consulta sobre planes de pensiones que no fueron admitidos, las principales causas de inadmisión fueron, de una parte, la incompleta identificación de quien presentó la consulta, y de otra, la falta de competencia del Servicio de Reclamaciones para su tramitación por corresponder a otros órganos directivos a quienes fueron remitidos de oficio.

4.1.2 Motivos de reclamación

CUADRO XVI.
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2014 CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Supuestos excepcionales de liquidez	38	25,17
Información, comercialización y publicidad	31	20,53
Desacuerdo importe derechos consolidados	17	11,26
Cobro prestaciones. Importe, plazos y fiscalidad	16	10,60
Movilización de derechos consolidados	14	9,27
Beneficiarios por fallecimiento	7	4,64
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, jubilación parcial...)	6	3,97

Incapacidad y dependencia	5	3,31
Partícipes que no pueden acceder a jubilación	5	3,31
Embargo derechos consolidados	4	2,65
Otros	8	5,30
TOTAL	151	100

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2014 por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales y planes de previsión asegurados, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

El principal motivo de reclamación en el año 2014 se relaciona con los supuestos excepcionales de liquidez, ganando importancia respecto a los ejercicios anteriores. Así, en el año 2013 este motivo representó un 11,73% del total de reclamaciones resueltas, frente al 25,17% que ha supuesto en el 2014. El segundo motivo se refiere a los problemas ocasionados por la información suministrada al partícipe tanto en el momento de la contratación, como el asesoramiento posterior recibido. En tercer lugar destacan las reclamaciones relativas a discrepancias con el valor de los derechos consolidados, su evolución y, en particular, la pérdida de rentabilidad. Le siguen por su relevancia cuantitativa respecto al total, las reclamaciones que ponen de manifiesto discrepancias en cuanto al importe de la prestación, así como al plazo empleado por la entidad para su abono. Por último, continúan teniendo relevancia cuantitativa las reclamaciones que se refieren a la movilización de derechos consolidados, al destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, la contingencia de incapacidad, las presentadas por beneficiarios por fallecimiento del partícipe, las que afectan a partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social y las relativas al embargo o constitución de garantías sobre el plan de pensiones.

1º Supuestos excepcionales de liquidez

Las reclamaciones tramitadas sobre este asunto en el año 2014 representaron un 25,17% del total de reclamaciones resueltas, frente al 11,73% y 19,35% que representaron en 2013 y 2012, respectivamente. Se aprecia, por tanto, que la importancia relativa de estas reclamaciones ha crecido sensiblemente respecto del ejercicio anterior, lo que ha supuesto que pasen a ser el motivo más reclamado durante el 2014.

Los reclamantes suelen referirse a la falta de transparencia en la información que reciben cuando quieren rescatar por esta circunstancia sus derechos consolidados, desconociendo qué requisitos deben cumplir, qué documentación acreditativa de los mismos deben presentar y el plazo en el cual deben hacerse efectivos sus derechos consolidados. Este Servicio de Reclamaciones considera que las entidades deben fomentar la transparencia en la información proporcionada a los partícipes que solicitan el rescate por alguno de estos supuestos. Así, cuando el partícipe solicita el rescate, bien directamente a la entidad gestora o a través del comercializador, se le ha de informar claramente sobre los requisitos que debe cumplir, así como concretar la totalidad de la documentación que debe ser entregada para su acreditación.

En relación al plazo para el abono de los derechos consolidados, cabe señalar que el Real Decreto 681/2014, de 1 de agosto, modificó el artículo 10.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones de forma que está expresamente previsto que en caso de cobro en forma de capital, los derechos consolidados deben ser abonados dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que el partícipe presente la documentación acreditativa correspondiente.

2º Información comercial suministrada al partícipe en el momento de su adhesión así como el asesoramiento posterior recibido

Cabe destacar que las reclamaciones por este motivo continúan teniendo importancia cuantitativa respecto del total de reclamaciones resueltas en 2014, si bien se ha observado una disminución de la misma respecto de los datos de 2013. Así, en el año 2013 representaron un 24,49% del total de reclamaciones resueltas, pasando a un 20,53% en el año 2014.

Estas reclamaciones ponen de manifiesto deficiencias, inexactitudes e incluso ausencia total de información al contratar el plan de pensiones. Existen casos en los que el reclamante manifiesta haber expresado en el momento de la contratación su deseo de suscribir un plan de pensiones acorde a su perfil de riesgo, generalmente conservador, y, sin embargo, posteriormente observa que la rentabilidad del plan no parece corresponder con las promesas de seguridad recibidas en el momento de la contratación, alejándose de sus expectativas de rentabilidad y riesgo.

Ante estas situaciones, este Servicio de Reclamaciones ha venido destacando en los últimos años la necesidad de suministrar a los potenciales partícipes una información comprensible y transparente sobre las características de estos productos financieros, especialmente sobre su carácter ilíquido y ausencia de garantía de rentabilidad aun cuando el plan invierta exclusivamente en activos de renta fija.

Con motivo de la modificación del Reglamento de planes y fondos realizada por el Real Decreto 681/2014, de 1 de agosto, se han revisado y actualizado las obligaciones de información a partícipes y beneficiarios con la finalidad de potenciar la transparencia y claridad en la información proporcionada sobre estos productos de ahorro-previsión, en sintonía con las tendencias regulatorias nacionales e internacionales de otros sectores del sistema financiero.

Con esta finalidad se ha incorporado como una nueva obligación de información de las entidades gestoras la elaboración y publicación de un documento con los datos fundamentales para el partícipe, que tiene la consideración de información precontractual y debe ser publicado en la página web de la gestora o de su grupo. Así, la entidad gestora y los comercializadores facilitarán este documento a los potenciales partícipes, para que conozcan las principales características y riesgos que comportan estos productos, el cual deberá redactarse de forma objetiva, clara, precisa y en términos inequívocos.

Asimismo, para evitar la duplicidad en la información contenida en el documento de datos fundamentales para el partícipe y en el boletín de adhesión, se ha revisado el contenido de este último, regulado en el artículo 101 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, suprimiéndose aquellas menciones que ya se encuentran recogidas en el documento de datos fundamentales.

De esta forma se insiste en la necesidad de que el partícipe lea detenidamente el documento de datos fundamentales y el boletín de adhesión antes de su firma, y solicite una copia de la política de inversión del fondo de pensiones, la cual, en todo caso, ha de estar a disposición de partícipes y beneficiarios, como establece el artículo 101.3.h) del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

Por otra parte, en relación con la comercialización de planes de pensiones cabe destacar aquellas reclamaciones relativas a discrepancias en cuanto a la aplicación e interpretación de las cláusulas contenidas en las condiciones generales de determinadas bonificaciones, concedidas por entidades comercializadoras en el marco de las campañas promocionales de planes de pensiones individuales. En estos casos, es importante que se informe adecuadamente al partícipe sobre las condiciones de la bonificación, especialmente sobre los requisitos para su mantenimiento, y se le haga entrega junto con el boletín de adhesión de una copia de las condiciones generales de la bonificación que le resulte de aplicación.

A estos efectos, con motivo de la modificación efectuada por el Real Decreto 1681/2014, de 1 de agosto, el artículo 48 bis, apartado 5, del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que el documento donde consten las condiciones de la bonificación debe ser redactado de forma

clara y comprensible, y ha de ser firmado por el comercializador y el partícipe. Asimismo, se precisa que en caso de que la obtención y mantenimiento de la bonificación esté supeditado a un compromiso de permanencia, éste deberá estar redactado de forma clara y destacado de modo especial en el documento.

3º Desacuerdos con el importe de los derechos consolidados y la rentabilidad del plan

En el año 2014 se han tramitado 17 reclamaciones sobre este asunto, que suponen un 11,26% sobre el total. En estas reclamaciones los partícipes alegan desconocimiento en relación con la política de inversión del plan, y reclaman una mayor información sobre el origen y justificación de las pérdidas sufridas. En su resolución se tiene en cuenta, de una parte, el cumplimiento por parte de la entidad gestora de sus obligaciones de información previa y periódica a partícipes y beneficiarios, y de otra, el cumplimiento de la política de inversión seguida por el fondo de pensiones en el que se integra el plan.

Los planes de pensiones de aportación definida (como los de sistema individual) no ofrecen ninguna garantía de rentabilidad, y ello con independencia de cuál sea su política de inversión. En ellos, los derechos consolidados dependen directamente no sólo de las aportaciones, sino también, de los rendimientos de las inversiones en que está materializado el patrimonio del fondo de pensiones, así como de los gastos y, en su caso, quebrantos que se hayan producido. Los rendimientos de las inversiones del fondo, las variaciones al alza o a la baja del valor de mercado de las inversiones y los gastos (comisiones de gestión y depósito, y otros), se “imputan” a los derechos consolidados de los partícipes individualmente, en función de su participación en el fondo. Por tanto, la valoración de los derechos consolidados de un partícipe lleva implícita la posibilidad de incurrir en pérdidas si resultan rendimientos negativos de las inversiones por situaciones coyunturales de los mercados financieros.

De acuerdo con lo indicado en el párrafo anterior, el art. 48 del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que el documento de datos fundamentales para el partícipe habrá de hacer referencia, entre otros extremos, a la ausencia de garantía de rentabilidad, advirtiéndose de la posibilidad de incurrir en pérdidas.

4º Desacuerdos con el importe, forma y plazos de cobro de las prestaciones

El número de reclamaciones tramitadas sobre este asunto ha sido de 16, lo que representa un 10,60% del total de reclamaciones resueltas. Las principales cuestiones reclamadas se refieren al importe cobrado como prestación, así como a retrasos en su abono, lo que ha ocasionado una pérdida en el valor de los derechos económicos, como consecuencia de la rentabilidad negativa experimentada por el plan.

El Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones dispone que cuando la prestación adopte la forma de capital inmediato, éste deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que se presentase la documentación completa correspondiente.

5º Movilización: cumplimiento de los plazos y valoración de los derechos consolidados

La mayor parte de las reclamaciones tramitadas durante 2014 relacionadas con la movilización de derechos consolidados se refieren a retrasos en la ejecución de la operación de movilización, diferencias de valoración de los derechos consolidados e inobservancia por parte de las entidades gestoras de los requisitos formales exigidos por la normativa de planes y fondos de pensiones.

Por lo que respecta al cumplimiento de los plazos, este Servicio de Reclamaciones ha destacado en sus informes que el cómputo se inicia desde la presentación por el partícipe o beneficiario de su solicitud de movilización, con independencia de que ésta se hubiere presentado en la entidad promotora del plan de destino, el depositario o el comercializador de destino. En este sentido, el artículo 50.4 del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que *“la solicitud presentada en un establecimiento de la entidad promotora del plan de pensiones de destino o del depositario de destino o del comercializador de destino se entenderá presentada en la entidad*

gestora de destino...". Asimismo, el artículo 75.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones dispone que las entidades gestoras son responsables de los retrasos que se produzcan sobre los plazos reglamentariamente establecidos, sin perjuicio de la posibilidad de repetir contra aquél que hubiera causado el retraso.

En relación con las diferencias de valoración, los partícipes manifiestan su desacuerdo respecto del importe movilizado, considerando en la mayoría de los casos que sus derechos consolidados han disminuido de forma injustificada al realizar la operación de traspaso.

En algunos casos se ha constatado el incumplimiento por parte de las entidades gestoras de los requisitos formales que la normativa de planes y fondos de pensiones exige para este tipo de operaciones, como son la cumplimentación de la solicitud de movilización y el boletín de adhesión al plan de destino, ambos debidamente firmados por el partícipe. A estos efectos, cabe recordar que el artículo 8.8 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, en su redacción dada por la disposición final decimotercera de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, establece que *"El partícipe o beneficiario de un plan de pensiones que decida movilizar sus derechos deberá dirigirse a la entidad gestora del fondo de destino, a la que ordenará por un medio fehaciente la realización de las gestiones necesarias"*. Asimismo, el citado precepto contempla que la entidad gestora de destino conservará la documentación derivada de las movilizaciones.

6º Beneficiarios por fallecimiento

En el año 2014 se han tramitado 7 reclamaciones relativas a la contingencia de fallecimiento cubierta por los planes de pensiones, que representan un 4,64% respecto del total. Las principales discrepancias puestas de manifiesto en las reclamaciones presentadas se refieren al reconocimiento de la condición de beneficiario, cuando no existe designación expresa, así como al retraso en el pago de la prestación.

7º Otros motivos

Por último, resultan destacables las reclamaciones presentadas sobre asuntos tales como el destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, la ejecución de embargos sobre planes de pensiones o la constitución de garantías sobre los mismos, discrepancias en cuanto a los cambios operados en el plan de pensiones (denominación, política de inversión, comisiones), asesoramiento recibido en el momento del cobro de la prestación, y por último, las presentadas por partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social en relación con el anticipo de la prestación de jubilación.

4.1.3. Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2014 se han resuelto 129 consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por particulares, de las cuales 75 fueron iniciadas en el mismo año, y 54 se iniciaron en 2013. En cuanto a los principales temas que han sido objeto de consulta a este Servicio, destacan las cuestiones relativas al embargo de los derechos consolidados, su rescate en los supuestos excepcionales de liquidez, la posibilidad de anticipo de la prestación de jubilación, el destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación o la incapacidad, y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

4.1.4. Entidades reclamadas

**CUADRO XVII.
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2014**

NOMBRE DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	%PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL (1)
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	21	14,89%	18,14%
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	18	12,77%	13,19%
BANKIA PENSIONES, S. A. U., E.G.F.P	17	12,06%	7,42%
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	17	12,06%	17,24%
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U.	16	11,35%	6,42%
BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	10	7,09%	2,70%
BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.	7	4,96%	3,22%
CASER PENSIONES, ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES S.A.	7	4,96%	0,67%
	113	80,14%	69%

(1) Fuente: Documentación estadístico contable remitida a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones correspondiente a 31.12.2014.

En este cuadro se establece una clasificación de las ocho entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de **reclamaciones iniciadas** durante el año 2014.

El cuadro detalla el número total de reclamaciones presentadas contra cada una de estas entidades, el porcentaje sobre el total de reclamaciones de planes de pensiones recibidas en el Servicio de Reclamaciones y, por último, se indica la cuota de mercado por patrimonio gestionado en el sistema individual que le corresponde a cada una de estas entidades, pues este último valor permite evaluar si existe una correlación entre la proporción de reclamaciones recibidas y el patrimonio gestionado.

En el ejercicio 2014 observamos que la entidad BBVA Pensiones S.A. que encabeza el cuadro de reclamaciones iniciadas es también la entidad gestora que mayor patrimonio gestiona en el sistema individual, de acuerdo con los datos obtenidos a partir de la Documentación estadístico contable que las entidades gestoras deben remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Le siguen a continuación por número de reclamaciones recibidas Santander Pensiones S.A., Bankia Pensiones S.A.U. y Vida Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros, apreciándose que en el caso de Bankia Pensiones S.A.U. el porcentaje de reclamaciones iniciadas es superior a la cuota de mercado por patrimonio gestionado, mientras que en el caso de Vida Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros la cuota de mercado por patrimonio gestionado supera en más de 4 puntos porcentuales al porcentaje de reclamaciones recibidas.

CUADRO XVIII
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2014
Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones favorables al reclamante	Suma	%				
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P. (G0082)	16	8	4	12	75,00	3	18,75	1	6,25
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (G0021)	16	2	2	4	25,00	6	37,50	6	37,50
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P. (G0080)	15	2	5	7	46,67	7	46,67	1	7
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U. E.G.F.P (G0088)	13	1	5	6	46,15	6	46,15	1	8
BANKIA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	12	4	2	6	50,00	4	33,33	2	17
ASEGURADORA VALENCIANA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (G0070)	7	1	3	4	57	2	28,57	1	14

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 6 entidades con más reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, durante 2014 por el Servicio de Reclamaciones.

Así pues, este cuadro relaciona las 6 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2014 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior que comprende las entidades con mayor número de reclamaciones iniciadas durante 2014, con independencia de que estos expedientes estuvieran resueltos o no al término del año 2014.

Los datos contenidos en el cuadro anterior muestran el total de reclamaciones resueltas de las entidades que se indican, distinguiendo en valores absolutos y relativos, entre las que finalizaron con un informe favorable al reclamante; las que lo hicieron con un informe favorable a la entidad, desestimando la pretensión del interesado; y, por último, en la columna de otros

pronunciamientos, se indican los datos de las reclamaciones que finalizaron con la remisión a pruebas, por acuerdo de las partes y aquéllas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de pago anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

Además, dentro del cuadro de informes favorables al reclamante se distingue entre el total de reclamaciones que finalizaron con el allanamiento de la entidad a las pretensiones del reclamante y las que finalizaron con un informe estimando su reclamación.

4.2. Reclamaciones sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y consultas no presentadas por particulares

CUADRO XIX.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE PLANES DE EMPLEO Y SEGUROS
COLECTIVOS DE EXTERIORIZACIÓN DE COMPROMISOS POR PENSIONES Y
CONSULTAS NO PRESENTADAS POR PARTICULARES, INICIADOS Y RESUELTOS EN
2014

TIPO	TOTAL INICIADAS	TOTAL RESUELTAS
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	89	86
Consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares	44	41
TOTAL 2014	133	127
TOTAL 2013	141	145
DIFERENCIA	-8	-18
% VARIACION	-5,67	-12,41

Este cuadro presenta la información relativa a la actividad desarrollada por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones a lo largo del ejercicio 2014, en materia de reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y consultas realizadas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

El total de expedientes **iniciados** en el periodo de referencia se eleva a 133, de los cuales aproximadamente un 70% son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y un 30% se refiere a consultas de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria iniciadas a instancia de empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, Administraciones públicas, Comisiones de Control u otras entidades con personalidad jurídica.

Continuando con el desarrollo del cuadro, del análisis de las reclamaciones presentadas destacan, por su relevancia cuantitativa, las reclamaciones formuladas por desacuerdos con el importe de la prestación de un plan de pensiones de empleo, por discrepancias surgidas en relación con el régimen de aportaciones y prestaciones aplicable tras las realización de operaciones societarias entre distintas entidades promotoras, las relativas a operaciones de movilización de derechos consolidados, el rescate por alguno de los supuestos excepcionales de liquidez y las prestaciones de fallecimiento derivadas de un seguro colectivo, entre otras.

Análogamente, del análisis de los temas más habituales sobre los cuales versan las consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares, destacan las relacionadas con el anticipo de la prestación de jubilación en los supuestos previstos en el artículo 8.6.a), tercer párrafo, del texto refundido de la

Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, cuestiones relacionadas con el régimen de inversiones de los fondos de pensiones, el funcionamiento de las Comisiones de Control, operaciones societarias y la consideración de compromisos por pensiones.

En total, durante el año 2014 se **resolvieron** 127 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2014 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 86 son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones, y 41 son consultas que fueron formuladas por empresas, entidades gestoras, Administraciones públicas, Comisiones de Control, etc.

5. UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

La Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones proporciona asesoramiento e información en materia de seguros y planes de pensiones, tanto de forma presencial a los ciudadanos que se dirigen a este Servicio, como telefónicamente.

Los cuadros que se muestran a continuación resumen la actividad realizada por esta Unidad durante el año 2014.

**CUADRO XX.
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
EN 2014**

Tipo	AÑO 2013
Telefónico	25.606
Presenciales	935
TOTAL	26.541

Además, es relevante destacar que el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico cuando no se cumplen los requisitos exigidos por la normativa de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos. No obstante, cuando los ciudadanos se dirigen por este medio al Servicio de Reclamaciones se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2014 se han recibido y contestado un total 2.600 correos electrónicos.

**CUADRO XXI.
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
EN 2014 CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

RAMO	%
Seguros de daños/patrimoniales	30
Estado/acceso a expediente	24
Vehículos	18
Personas	16
Información sobre normativa	5
Información sobre cómo reclamar	5
Otros asuntos	2
TOTAL	100,00

El cuadro anterior ofrece la información sobre los asuntos que dan lugar a mayor número de consultas presenciales y telefónicas, en la Unidad de Atención al Público.

Como puede observarse, del total de consultas recibidas, el 30% se referían a las consultas referidas a seguros de daños y patrimoniales generalmente derivadas de seguros multirriesgos del hogar y de las comunidades de propietarios. En este tipo de consultas son frecuentes las preguntas sobre cómo actuar ante las deficiencias en la reparación de los siniestros realizadas por los profesionales contratados por la entidad aseguradora o ante la discrepancia en la valoración de los daños derivados de un siniestro.

En segundo lugar destacan las consultas sobre cuestiones referidas a expedientes ya tramitados en el Servicio de Reclamaciones.

En tercer lugar se sitúan las consultas referidas a información sobre los seguros de automóviles, tanto al de daños como al de suscripción obligatoria, que suponen un 18% del total. En este ramo, como en años anteriores, una de las consultas que frecuentemente realizan los perjudicados en accidentes de circulación se refiere a la validez de las actuaciones realizadas por sus propias entidades, las cuales les indemnizan en virtud de los convenios que tienen suscritos con la entidad aseguradora del culpable. En estos casos se les informa de que los convenios de indemnización directa suscritos entre las aseguradoras para la tramitación de siniestros, en ningún caso son oponibles frente al perjudicado.

Las consultas sobre seguros de personas suponen un 16% del total de las realizadas y tienen que ver principalmente con los seguros de asistencia sanitaria y de vida.

CAPÍTULO II. ACTIVIDAD DE LOS DEPARTAMENTOS O SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y DE LOS DEFENSORES DEL CLIENTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

Con la finalidad de alcanzar un mejor conocimiento del grado de satisfacción de la clientela de las entidades aseguradoras, en el año 2010 se introdujo por primera vez, en la documentación estadístico contable correspondiente al cuarto trimestre del año, un modelo en el que se solicitan datos sobre la actividad de los departamentos o servicios de atención al cliente y los defensores del cliente, esperando que la información obtenida contribuya a mejorar el estudio de la actividad llevada a cabo por las distintas instancias encargadas de la atención y resolución de las quejas y reclamaciones en las entidades.

En este capítulo se recoge un resumen de los datos facilitados por las entidades aseguradoras sobre la actividad de los órganos encargados de atender las quejas y reclamaciones que les presenten sus clientes.

En total, esta información ha sido facilitada por 268 entidades aseguradoras.

CUADRO XXII.
QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN 2014.

	NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES INICIADAS				NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES RESUELTAS			
	SAC (a)	DEFENSOR		TOTAL (a+c)	ESTIMADAS	DESESTIMADAS	OTROS	TOTAL
		PROCEDENTES SAC (b)	RECIBIDAS DIRECTAS (c)					
TOTAL GENERAL	75.822	3.024	2.842	78.664	24.356	42.935	8.390	75.681

El cuadro anterior contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2014.

Los datos contenidos en el cuadro se dividen en dos partes:

- La primera parte se refiere al número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras cumpliendo los requisitos establecidos por la Orden ECO/734/2004, durante el año 2014, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:
 - a) Datos relativos a las quejas y reclamaciones presentadas por los ciudadanos ante los departamentos o servicios de atención al cliente.
 - b) Datos referentes a quejas y reclamaciones recibidas por los defensores del cliente que previamente hayan sido tramitadas por los departamentos o servicios de atención al cliente de la entidad, como primera instancia.
 - c) Datos relativos a quejas y reclamaciones presentadas ante por los defensores del cliente que no hayan sido previamente tramitadas por los departamentos o servicios de atención al cliente de la entidad como primera instancia.

- La segunda parte se refiere al número total de quejas y reclamaciones resueltas en el año 2014 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2014 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2014 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 78.664.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2014 ha sido de 75.681, de las cuales un 32,18% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora a las pretensiones del reclamante, un 56,73% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 11,09% de las reclamaciones la entidad no emitió pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado por diferentes causas (desistimiento del reclamante, firma de un finiquito, tribunales, trámite pericial).

CUADRO XXIII.
RECLAMACIONES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS QUE POSTERIORMENTE SE
PRESENTAN EN EL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DGSFP

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	60	70	116,67%
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	533	243	45,59%
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	257	71	27,63%
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	511	94	18,40%
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	705	129	18,30%
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	368	65	17,66%
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.474	219	14,86%
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.310	187	14,27%
FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	743	86	11,57%
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	4.109	413	10,05%
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.117	111	9,94%

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.390	116	8,35%
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	4.050	316	7,80%
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	4.929	382	7,75%
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.700	127	7,47%
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.091	224	7,25%
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	6.840	478	6,99%
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	2.442	154	6,31%
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	1.992	123	6,17%
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	8299	358	4,31%
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	5.323	212	3,98%
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	6.345	240	3,78%
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	4.290	162	3,78%
DIRECT&QUIXA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.985	66	3,32%
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	0	80	VER NOTA
AIG EUROPE LIMITED SUC.ESPAÑA	0	75	VER NOTA

NOTA: Respecto a las entidades *Zurich Insurance PLC*, *Sucursal en España* y *AIG EUROPE Limited Sucursal en España* no se reflejan los datos, ya que al ser sucursales de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El cuadro anterior ofrece información sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos y servicios de atención del cliente y los defensores del

cliente de las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones de seguros iniciadas ante el Servicio de Reclamaciones durante 2014, ordenadas en función del porcentaje de quejas y reclamaciones recibidas por los servicios de atención al cliente y defensores del cliente que posteriormente se presentan como reclamaciones de seguros en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS

Al igual que en años anteriores en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones, durante el año 2014, que por las circunstancias que plantean, su reiteración en el año o su complejidad se ha considerado conveniente destacar.

En líneas generales, en la selección de informes publicados en el año 2014 de nuevo se destaca la importancia que tiene el cumplimiento de las obligaciones de información previa a la contratación y de entrega de la póliza para que los asegurados tengan un conocimiento completo sobre el alcance y contenido del contrato suscrito, así como la necesaria transparencia en la actuación de las entidades en la relación con sus clientes, en especial en todo lo relacionado con la justificación de los importes ofrecidos en concepto de indemnización.

Con la finalidad de facilitar el conocimiento de los supuestos concretos publicados por el Servicio de Reclamaciones cada año, en el Anexo 1 se ofrece una relación de cuadros con la totalidad de casos incluidos en informes de años anteriores.

Los casos contenidos en los informes se clasifican por razón de la materia en expedientes de seguros, planes de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito.

A continuación se indican los casos objeto de publicación en 2014.

CUADRO XXIV. RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2014

SEGUROS	
Seguros de personas	
1	Falta de identificación de los activos en una póliza de vida.
2	Incumplimiento por la entidad de los deberes de remitir información sobre pólizas al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.
3	Devolución del importe de la prima no consumida en un seguro de protección de pagos.
Seguros de daños	
4	Prescripción en un seguro de hogar.
5	Cobertura de robo en un seguro de móviles.
6	Localización del origen de los daños por parte de la entidad en un seguro de hogar.
7	Gastos de defensa jurídica.
8	Inadmisión de la reclamación por falta de competencia
MEDIACION	
9	Información a suministrar en los contratos celebrados a distancia.
PLANES DE PENSIONES	
10	Ejecución del embargo sobre los derechos consolidados en el supuesto de desempleo de larga duración
11	Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor de los derechos consolidados antes de la fecha de vencimiento de la garantía financiera
12	Cobro del plan de pensiones por situación de jubilación activa

1. Seguros

TIPO SEGURO:

Vida.

ENTIDAD RECLAMADA:

Nationale-Nederlanden
Vida cia. de seguros

ASUNTO:

Ejercicio del derecho de
rescate por el tomador.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de
Reclamaciones fue
considerar incumplido el
artículo 3 de la LCS

CONCLUSIÓN:

La claridad y precisión es
fundamental en la
redacción de los contratos
y de la nota informativa
previa.

1/2014. Falta de identificación de los activos en una póliza de vida.

El reclamante exponía que tras suscribir un seguro de vida decidió ejercer el derecho de rescate concedido en el contrato, no estando conforme con la cantidad entregada por la entidad que resultó ser inferior a la prima abonada.

La entidad alegaba que en el formulario de solicitud del seguro se contenía la nota informativa del producto suscrito donde se indicaba el capital a vencimiento. Exponía además que como el interesado decidió no llevar a término el contrato se le entregó el valor de rescate parcial, que depende del valor de los fondos en que fue invertida la prima, resultando una pérdida de 1.174,25 €.

El artículo 3 de la Ley obliga a redactar las condiciones generales y particulares de forma clara y precisa.

Asimismo, el artículo 105. h) del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, establece que antes de la contratación de un seguro de vida la entidad debe entregar una nota informativa en la que se indiquen, de manera clara y precisa, entre otros extremos, los valores de rescate y de reducción y en el caso de que no puedan ser establecidas exactamente en el momento de la suscripción, indicación del mecanismo de cálculo así como de los valores mínimos.

El criterio del servicio de Reclamaciones, teniendo en cuenta toda la regulación mencionada, fue considerar que en este tipo de contratos el tomador tiene que ser capaz de comprobar si la cantidad recibida en concepto de rescate es la que verdaderamente le corresponde en función de lo acordado con la aseguradora y definido en el contrato. De lo contrario, como era el caso, se vulnera lo previsto en las normas citadas.

TIPO SEGURO:
vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
RGA Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:
Rehúse por parte de la entidad del abono de la prestación en dos seguros de vida.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que aunque la entidad había acreditado la extinción de los contratos antes del fallecimiento de la asegurada, la compañía había incumplido sus obligaciones de remisión de datos al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.

CONCLUSIÓN:
La obligación de comunicación de los datos al Registro recae plenamente sobre las entidades aseguradoras, constituyendo infracción administrativa el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley.

2/2014. Incumplimiento por la entidad de los deberes de remitir información sobre pólizas al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.

El reclamante exponía que, tras el fallecimiento de su madre, había solicitado al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento, que depende del Ministerio de Justicia, un certificado de los seguros en vigor. En dicho certificado constaban dos seguros suscritos con la entidad reclamada en los que la fallecida era la asegurada. A la vista del mismo había solicitado a la aseguradora la indemnización correspondiente a los dos contratos, que ascendía a 36.000 € en total, y la compañía había rehusado el pago pues alegaba que los contratos, a la fecha de fallecimiento de la asegurada, ya no estaban en vigor.

La entidad, en sus alegaciones, acreditaba la baja de las dos pólizas por impago de las primas y reconocía que por un fallo técnico dichas bajas no se habían hecho constar en el Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.

El artículo 8 de la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento establece que *las obligaciones de las entidades aseguradoras comprendidas en esta Ley tienen la consideración de normas de ordenación y supervisión de los seguros privados. Su incumplimiento constituirá infracción administrativa, de acuerdo con lo dispuesto en el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.*

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar, por una parte, que quedaba acreditada la extinción de los contratos por impago antes del fallecimiento de la asegurada, y por tanto, que el reclamante no tenía derecho al cobro de la prestación y, por otra parte, el informe final ponía de manifiesto el incumplimiento de la entidad de sus obligaciones respecto a la remisión de datos al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento.

TIPO SEGURO:

Seguro de protección de pagos.

ENTIDAD RECLAMADA:
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros Y Reaseguros

ASUNTO:

Discrepancia en el importe de prima a devolver en un contrato de seguro a prima única vinculado a un préstamo hipotecario.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la cláusula que reconocía el derecho al reintegro de la prima no consumida incumplía lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

En los casos en los que las entidades reconozcan en los contratos el derecho a la devolución de la prima no consumida, ese importe tiene que concretarse en la póliza o indicarse el mecanismo de su cálculo.

3/2014. Devolución del importe de la prima no consumida en un seguro de protección de pagos a prima única.

La reclamante manifestaba su disconformidad con el importe del extorno de prima no consumida realizado por la entidad aseguradora por considerar que había sido inferior a la cantidad que se le había indicado cuando iba a solicitar una amortización parcial del préstamo.

La entidad aseguradora alegaba que había solicitado a su departamento técnico información ampliada de los cálculos realizados para el extorno de la prima no consumida. Incluían en sus alegaciones la fórmula con el cálculo de la cuantía extornada.

La cláusula VIII de las condiciones generales y especiales de la póliza establecía las condiciones del extorno de primas en caso de amortización parcial o total del préstamo vinculado, en los siguientes términos: *En caso de amortización anticipada del préstamo asociado, total o parcialmente, que afecte a la cuota mensual el Tomador podrá solicitar a la Entidad Aseguradora la disminución del capital asegurado, y en su caso, la resolución de la póliza. En ejercicio de la solicitud del Tomador, la Entidad Aseguradora procederá al extorno de la prima no consumida correspondiente.*

El artículo 3 de la Ley obliga a redactar las condiciones generales y particulares de forma clara y precisa.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la citada cláusula debería concretar el importe de la prima no consumida para cada anualidad, de forma que el asegurado pueda saber en todo momento el importe que se le va reintegrar. Por lo anterior se entendió incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:
Multirriesgo hogar

ENTIDAD RECLAMADA:
AXA Seguros Generales,
S.A. de Seg y Reaseg.

ASUNTO:
La entidad consideraba prescrito el derecho a pedir la devolución de las cantidades pagadas tras la oposición a la prórroga.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones estimó la pretensión del reclamante, por incumplimiento del artículo 22 de la LCS.

CONCLUSIÓN:
El derecho a la acción para reclamar la inexistencia del contrato es imprescriptible.

4/2014. Prescripción en un seguro de hogar.

El reclamante expuso en la reclamación que con fecha 15 de marzo de 2011 solicitó en tiempo y forma la anulación de la póliza, cuyo vencimiento era el 31 de mayo de 2011. No obstante, Axa no anuló la póliza y procedió al cargo de los recibos de primas de los años 2011, 2012 y 2013 que, por error del reclamante, no fueron devueltos en su momento.

Por su parte, la entidad aseguradora reclamada alegó que no tuvo constancia de la petición de anulación de la póliza y que al haber transcurrido ampliamente dos años desde que el cliente tuvo conocimiento de los hechos causantes de la reclamación, la acción sobre los mismos habría prescrito a todos los efectos.

El artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro establece que *Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños (...).*

El Servicio de Reclamaciones entendió que la oposición a la prórroga realizada por el asegurado se ajustó a la norma y por ello en ese momento se extinguió la relación obligatoria. También consideró que la acción para declarar la inexistencia del contrato es imprescriptible, pero los efectos resolutorios sí están limitados a los plazos del artículo 23 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, procediendo, en consecuencia, la reposición de las cosas al estado que tenían en el momento de la comunicación de la oposición a la prórroga, tal como establece el artículo 1.303 del Código Civil, y con los límites del artículo 23 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:

Seguro de teléfono móvil.

ENTIDAD RECLAMADA:

New Technology Insurance.

ASUNTO:

La entidad rechaza el siniestro por no presentar la denuncia dentro de 48 horas posteriores al robo.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones estimó la pretensión del reclamante, por incumplimiento del artículo 16 de la LCS

CONCLUSIÓN:

No se puede denegar una cobertura por el incumplimiento de un requisito en un plazo previsto en la póliza inferior al previsto en la norma.

5/2014. Cobertura de robo en un seguro de móviles.

La reclamante exponía que le había sido sustraído el móvil asegurado. Al interponer denuncia, por causas imputables a la comisaría, no se pudo tramitar la misma hasta el tercer día. La aseguradora le informó que no le correspondía indemnización ya que había sobrepasado el límite de 48 horas previsto en el contrato.

La entidad aseguradora no atendió los requerimientos realizados a efectos de que formulara las alegaciones pertinentes y aportara copia íntegra de la póliza.

En el contrato aportado por el asegurado se excluían los robos no denunciados dentro del plazo máximo de 48 horas.

Por su parte, la Ley de Contrato de Seguro, en su artículo 16, concede un plazo más amplio -siete días- para comunicar el siniestro a la entidad. Además, su incumplimiento, no libera al asegurador de su obligación de indemnizar, sino que simplemente le faculta para reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de esa declaración.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue entender fundada la reclamación porque la entidad no podía condicionar la cobertura del seguro a que se comunicara/denunciara el robo del terminal asegurado ante la autoridad competente en un determinado plazo. De permitirse esta cláusula se estaría dejando sin efecto lo previsto el artículo 16 antes citado. Es decir, si la no comunicación del siniestro dentro de los plazos del artículo 16 no conlleva la pérdida del derecho a la indemnización, la no comunicación/denuncia a las autoridades pertinentes no puede tener como consecuencia el rehúse del siniestro. Lo anterior no quiere decir que la entidad, en su póliza, no pueda exigir este requisito (la denuncia) para la cobertura, pero en ningún caso en el plazo fijado en la póliza. Los plazos que serían de aplicación son los de la prescripción previstos en la Ley de Contrato de Seguro (en este caso dos años).

TIPO SEGURO:
Multirriesgo hogar

ENTIDAD RECLAMADA:
Seguros Catalana
Occidente, Sociedad
Anónima de Seguros y
Reaseguros.

ASUNTO:
Peritación de los daños en
un seguro de hogar.

INFORME FINAL:
El Servicio de
Reclamaciones estimó la
pretensión del reclamante,
por incumplimiento del
artículo 18 de la LCS

CONCLUSIÓN:
La entidad tiene la
obligación de peritar los
daños, con independencia
del coste de los mismos.

6/2014. Localización del origen de los daños por parte de la entidad en un seguro de hogar.

El reclamante exponía en su reclamación que la entidad no había cubierto un siniestro consistente en daños por agua.

La entidad aseguradora aportaba un informe pericial en sus alegaciones en el que se indicaba que el siniestro se consideraba cubierto por la garantía de daños por agua pero que no había sido posible localizar la avería que causaba las filtraciones. Indicaba la entidad que, tras el citado informe, había comunicado al asegurado que, si finalmente él localizaba la avería, la entidad aseguradora procedería a reabrir el expediente.

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 18 de la LCS, que establece que el asegurador está obligado a realizar las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

TIPO SEGURO:

Seguro de defensa jurídica

ENTIDAD RECLAMADA:

Allianz, Cía. de Seguros y Reaseguros

ASUNTO:

La entidad no consideraba que las tasas judiciales estuvieran cubiertas por la póliza de defensa jurídica contratada.

INFORME FINAL:

De acuerdo con la redacción de la póliza y lo previsto en la Ley de Enjuiciamiento Civil las tasas pueden ser consideradas como costas del proceso.

CONCLUSIÓN:

La cobertura o no de las tasas judiciales en los seguros de defensa jurídica requiere de una interpretación conjunta de lo previsto en las pólizas y lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

7/2014. Gastos de defensa jurídica.

El reclamante se vio involucrado en un accidente de circulación en el que se produjeron daños personales y materiales. Los daños personales no fueron indemnizados en vía amistosa, por lo que el reclamante acudió a la vía judicial, designando abogado y procurador, lo que fue comunicado a la entidad aseguradora. Al presentar la demanda fue necesario el abono de las tasas judiciales por parte de la Procuradora, reclamándose su reembolso a la entidad aseguradora, que denegó la cobertura de estas tasas.

Por su parte, la entidad aseguradora en sus alegaciones reproducía las condiciones generales reguladoras de la garantía de reclamación de daños, y concluía que las prestaciones del asegurador en esta garantía se limitan al pago de las minutas de honorarios y facturas de gastos debidos a las acciones de reclamación, de acuerdo con las normas y baremos de los correspondientes Colegios profesionales, lo que no incluía en opinión de la aseguradora, las tasas judiciales.

El Servicio de Reclamaciones consideró que, si las tasas judiciales se conceptúan por la citada Ley de Enjuiciamiento Civil como costas del proceso al igual que los honorarios de la defensa y de la representación técnica, y la póliza incluye en la cobertura *el pago de las minutas de honorarios y facturas de gastos debidos a las acciones de reclamación*, las tasas debían ser consideradas como un gasto incluido en el citado concepto.

TIPO SEGURO:

Responsabilidad civil

ENTIDAD RECLAMADA:Generali España,
Sociedad Anónima de
Seguros y Reaseguros**ASUNTO:**

La reclamante solicitaba una indemnización por las lesiones sufridas en una pista de hielo asegurada con la entidad reclamada.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró inadmitida la reclamación

CONCLUSIÓN:

El Servicio de Reclamaciones no tiene competencia para resolver controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente pueda ser realizada en vía judicial

8/2014. Inadmisión de la reclamación por falta de competencia

El reclamante alegaba que su hija había sufrido una caída en una pista de hielo asegurada con la entidad reclamada, sufriendo diversas lesiones. Solicitaba que la aseguradora le indemnizase por la lesiones.

La aseguradora alegaba que, según su informe pericial, no existía elemento objetivo alguno en virtud del que pudiera atribuirse responsabilidad de su asegurado en las lesiones reclamadas.

En el párrafo primero del artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro se establece que, *Por el seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho.* Asimismo, el artículo 1.902 del Código Civil dispone que *El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.*

Conforme a lo anterior, dado que la entidad reclamada no reconocía la responsabilidad de su asegurado, para que aquélla resultase obligada al pago de la indemnización debería poder acreditarse tal responsabilidad.

En el informe final se indicó que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencia para resolver controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente pueda ser realizada en vía judicial, tal como se dispone en el artículo 10.1.b de la Orden ECC/2502/2012 que se reproduce a continuación: *Serán causas de inadmisión por falta de competencia por parte de los servicios de reclamaciones o quejas: [...]*
b) *Cuando en la reclamación o queja se planteen controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente pueda ser realizada en vía judicial.*

De esta manera, se concluyó que en base a lo manifestado por las partes y a la documentación aportada en el expediente, el servicio no disponía de los elementos de juicio necesarios para pronunciarse sobre la cuestión planteada y, en consecuencia sobre si se había producido un incumplimiento por parte de la entidad aseguradora. En este caso resultaba fundamental la práctica de una prueba que permitiese determinar los hechos controvertidos. Dicha prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

2. Mediación

TIPO SEGURO:
Seguro Anulación de Viaje

ENTIDAD RECLAMADA:
Intermundial XXI, S.L

ASUNTO:
Información previa a suministrar al tomador en un contrato celebrado a distancia

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones concluyó que se había vulnerado lo previsto en el artículo 43 de la ley 26/2006.

CONCLUSIÓN:
En los contratos celebrados a distancia, el mediador debe suministrar la información previa de conformidad con lo dispuesto en la ley 22/2007 sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

9/2014. Información a suministrar en los contratos celebrados a distancia

La reclamante indicaba en su reclamación que había suscrito un viaje con un seguro de anulación, en cuya contratación había intervenido como mediador INTERMUNDIAL XXI, S.L. La asegurada no estaba conforme con la asistencia prestada por la correduría tras la denegación de un siniestro por parte de la aseguradora.

INTERMUNDIAL XXI, S.L. alegaba que, como mediador, se había limitado a remitir la información y documentación que había enviado la asegurada, a la entidad aseguradora, que es quien tramita los expedientes y, que en su caso, decide si procede o no el reembolso de la prima.

En el informe del Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que en la documentación incluida en el expediente no quedaba acreditado que en ningún momento se hubiese informado a la reclamante de la identidad de la aseguradora con la que se había suscrito el seguro, del número de póliza, ni de las condiciones del seguro, ni tampoco de su derecho de desistimiento resultando dicha información insuficiente en relación con lo dispuesto en la ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, en relación con la información previa obligadas que se debe suministrar al consumidor. Únicamente quedaba acreditada la identidad del mediador.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que se había incumplido lo dispuesto en el artículo 43.3 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, ya que no se había acreditado que se facilitase a los asegurados la información previa, ni las condiciones contractuales del seguro, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

3. Planes de Pensiones

TIPO DE OPERACIÓN: Plan de Pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
CXG AVIVA
CORPORACION
CAIXAGALICIA S.A. DE
SEGUROS Y
REASEGUROS

ASUNTO: Reclamar por el embargo total de los derechos consolidados al haber solicitado el rescate parcial por el supuesto de desempleo de larga duración.

INFORME FINAL: El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actuación de la entidad se ajustó a lo dispuesto en la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones.

CONCLUSIÓN: Una entidad gestora puede ejecutar el embargo sobre los derechos consolidados cuando se den los requisitos de cualquiera de los supuestos excepcionales de liquidez, con independencia de que el partícipe haya solicitado o no el cobro, total o parcial, de los mismos.

10/2014. Ejecución del embargo sobre los derechos consolidados en el supuesto de desempleo de larga duración

El reclamante manifiesta que habiendo solicitado el rescate parcial de sus derechos consolidados por el supuesto excepcional de liquidez de desempleo de larga duración, la entidad gestora ejecutó el embargo que pesaba sobre sus derechos, respecto de la totalidad del ahorro acumulado en el plan de pensiones. El reclamante considera que la normativa sólo autoriza a embargar el importe solicitado y no la totalidad de la prestación.

La entidad en el momento en que el reclamante causó derecho al cobro por el supuesto excepcional de desempleo de larga duración, en agosto de 2013, se puso en contacto con el Juzgado que había dictado el embargo para que les indicara el importe a ingresar. En septiembre de 2013 se ejecutó el embargo de acuerdo con las instrucciones dadas por el Juzgado.

El párrafo segundo del artículo 22.7 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, establece que *En los términos del artículo 8, apartados 8 y 10, del texto refundido de la Ley, cuando el derecho a las prestaciones del partícipe en un plan de pensiones sea objeto de embargo o traba, judicial o administrativa, ésta resultará válida y eficaz, si bien no se ejecutará hasta que se cause derecho a la prestación o concurren los supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración previstos en este reglamento. Producidas tales circunstancias, la entidad gestora ordenará el traspaso de los fondos correspondientes a las prestaciones a quien proceda, en cumplimiento de la orden de embargo.*

De conformidad con lo dispuesto en el precepto citado, este Servicio de Reclamaciones entiende que cuando se den los requisitos de cualquiera de los supuestos excepcionales de liquidez, la entidad gestora podrá ejecutar el embargo sobre la totalidad de los derechos consolidados, de acuerdo con lo indicado por el Juzgado que hubiere acordado el embargo, y ello con independencia de que el partícipe hubiera solicitado el cobro de la totalidad de los derechos consolidados, sólo de una parte de ellos, o ni siquiera hubiera instado el rescate.

A la vista de los hechos y de la documentación presentada, este Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad, dando debido cumplimiento a las instrucciones recibidas del Juzgado que dictó el embargo, se ajustó a la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones.

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de Pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
VIDA CAIXA S.A. DE
SEGUROS Y
REASEGUROS

ASUNTO: Desacuerdo con
el importe de derechos
consolidados movilizado por
la entidad

INFORME FINAL: El criterio
del Servicio de
Reclamaciones fue
considerar que la
información proporcionada
a la reclamante sobre el
valor de sus derechos
consolidados adolecía de
falta de claridad y, por tanto,
la entidad no respetó las
buenas prácticas y usos
financieros.

CONCLUSIÓN: La
información que se
proporciona a los partícipes y
beneficiarios debe ser clara,
transparente y comprensible
para garantizar que no pueda
inducir a error sobre el valor
de sus derechos
consolidados.

11/2014. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor de los derechos consolidados antes de la fecha de vencimiento de la garantía financiera

El 17 de julio de 2012 la reclamante solicitó un extracto de sus posiciones en planes de pensiones con la intención de movilizar a otra entidad sus derechos consolidados. Teniendo en cuenta el valor consignado en el documento que le fue entregado, la reclamante ordenó la movilización de sus derechos. No obstante, el importe movilizado el 24 de julio de 2012 fue sensiblemente inferior al informado el 17 de julio.

La entidad indicó que los planes de pensiones de la reclamante contaban con una garantía financiera externa suscrita con Caixabank S.A., consistente en obtener a la fecha de vencimiento el 120% del importe aportado en la fecha de efectividad. De acuerdo con las cartas de garantía aplicables, las fechas de vencimiento de las referidas garantías eran el 30 de noviembre de 2014 y 1 de mayo de 2016, respectivamente. Así pues, dado que la reclamante solicitó la movilización con anterioridad a la fecha de vencimiento de las correspondientes garantías, no resultó de aplicación el compromiso de revalorización.

El artículo 77 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, permite a los partícipes contratar una garantía financiera adicional ligada a la obtención de una determinada rentabilidad a una fecha concreta.

Así pues, la garantía sólo resulta de aplicación en la fecha de vencimiento de la misma. De esta forma, en caso de rescate o movilización con anterioridad a la fecha de vencimiento, no opera la garantía y los derechos consolidados son valorados a mercado el día en que se hace efectiva la movilización o el pago de la prestación.

Por lo que se refiere a la información proporcionada a la reclamante sobre el valor de sus derechos consolidados a 17 de julio de 2012, este Servicio de Reclamaciones consideró que de la información suministrada no cabía deducir con claridad que el valor informado de tales derechos era el valor garantizado referenciado a la fecha de vencimiento, y no el importe de los derechos consolidados al valor liquidativo de esa fecha. Asimismo, en dicha información no se incluía ningún otro valor.

Este Servicio de Reclamaciones señaló que la información que se proporcione a los partícipes sobre el valor de sus derechos consolidados, debería indicar expresamente el día concreto al que corresponde el valor publicado y en caso de darse información sobre la situación de los derechos garantizados advertir claramente la fecha de vencimiento de la garantía, y el valor a considerar en caso de movilización o cobro con anterioridad a dicha fecha.

En virtud de lo anteriormente indicado, este Servicio de Reclamaciones consideró que la información proporcionada a la reclamante en el extracto aportado adolecía de falta de claridad y, por tanto, se concluyó que la entidad no respetó las buenas prácticas y usos financieros que deben presidir las relaciones de las entidades financieras con sus clientes.

TIPO DE OPERACION: Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
CAJA ESPAÑA VIDA,
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.

ASUNTO: Reclamar el cobro de la prestación de jubilación del plan de pensiones por estar en situación de jubilación activa, de acuerdo con el Real Decreto Ley 5/2013, de 15 de marzo.

INFORME FINAL: El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que en el caso del reclamante, que se encontraba en situación de jubilación activa reconocida por la Seguridad Social, era admisible el cobro del plan de pensiones por la contingencia de jubilación.

CONCLUSION: Como criterio general se considera que cualquier modalidad de "jubilación" prevista por la normativa de Seguridad Social de la que derive el reconocimiento de una pensión pública de jubilación, posibilita en principio el cobro de planes de pensiones por la contingencia de jubilación.

12/2014. Cobro del plan de pensiones por situación de jubilación activa

En agosto de 2013, al cumplir los 65 años, reclamante se acogió a la jubilación activa regulada por el Real-Decreto-Ley 5/2013, de 15 de marzo, de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo. En dicha situación seguía ejerciendo como administrador de su empresa y a la vez era pensionista del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Según lo manifestado, percibía el 50% de la pensión de jubilación y cotizaba un 8% a la Seguridad Social ("cotización solidaria" que no incrementa la pensión), teniendo la consideración de pensionista a todos los efectos según el citado Real-Decreto-Ley.

La entidad denegó el cobro del plan de pensiones por considerar que la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones no recoge la nueva modalidad de jubilación activa.

Los planes de pensiones se rigen por el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, y el Reglamento de planes y fondos de pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero. Esta normativa establece las contingencias susceptibles de cobertura por los planes de pensiones, entre ellas la jubilación. Según el artículo 8.6.a) de la Ley y el artículo 7 del Reglamento, para la determinación de la contingencia de jubilación se estará a lo previsto en el régimen de Seguridad Social correspondiente. El citado artículo 7 señala que la contingencia de jubilación se entenderá producida cuando el partícipe acceda efectivamente a la jubilación en el régimen de Seguridad Social correspondiente, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente. Teniendo en cuenta los citados preceptos, este Centro Directivo consideró, como criterio general, que cualquier modalidad de "jubilación" prevista por la normativa de la Seguridad Social de la que se derive el reconocimiento de una pensión pública de jubilación, posibilita en principio el cobro de planes de pensiones por la contingencia de jubilación, con independencia de la edad, de la cuantía y condiciones de la pensión pública de jubilación y de la compatibilidad de ésta última con el trabajo del pensionista, salvo que la normativa de planes y fondos de pensiones establezca excepciones o limitaciones al respecto.

CAPITULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA

Uno de los objetivos primordiales del Servicio de Reclamaciones es el de ofrecer a los ciudadanos una mayor información sobre sus derechos y sobre las normas de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones.

En este capítulo se mencionan las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones y por otros departamentos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones encaminadas a lograr este objetivo, a través de distintos medios.

INFORMACIÓN DE LA PÁGINA WEB

En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones <http://www.dgsfp.mineco.es/> a través del enlace “**Protección al Asegurado**”, se facilita información para que los ciudadanos puedan conocer sus derechos frente a las actuaciones de todos los operadores que intervienen en el sector asegurador y de planes y fondos de pensiones, así como de los distintos medios para proteger sus derechos.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome | Mapa web | Contacto | RSS | Búsqueda avanzada

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

- **La Dirección General**
Estructura y funciones, Direcciones y teléfonos, Perfil del Contratante, ...
- **Comunicaciones a la DGSFP**
Formularios, Certificaciones, Aplicaciones software, ...
- **Información sobre el Sector**
Registros públicos, Órdenes Ministeriales de autorización y extinción de entidades, Regulación, Balances y cuentas, Enlaces de interés, ...
- **Información para Profesionales**
Criterios de supervisión, Circular sobre tasas de interés, ...
- **Protección al Asegurado y al Partícipe**
Presentación de reclamaciones, Criterios, ...
- **Seguros agrarios combinados**
Seguros agrarios combinados, Normas de peritación, Resolución de la DGSFP por la que se establecen ...

Enlaces directos

sede electrónica | Colegio de Supervisores | Modelo de Reglamento para la Defensa del Cliente | Perfil del contratante | Financiera y Actuarial | Planes y Fondos de Pensiones | Mediadores y Canales | Carta de Servicios

GASPAR
Guía para la contratación de seguros y planes de pensiones

Enlaces institucionales

the spanish economy | finanzas para todos | @dministración electrónica | 060 para las Ciudadanas | www.scp.es | CONOCE LA NUEVA WEB DE MARCA ESPAÑA

<http://www.dgsfp.mineco.es/Gaspar.asp> | W3C CSS | W3C XHTML | W3C WAI-AA

Noticias

- Toda la DGSFP en los teléfonos 902 19 11 11* ó 952 24 99 82
* Establecimiento de llamada 0,100 €
Tarifa minuto 0,072 €
- QIS Decesos- 2014 (Actualizado)
Lanzamiento del ejercicio y cuestionarios a cumplimentar
- Progresiva adaptación a Solvencia II: Publicación en el BOE de la Orden Ministerial de medidas temporales para facilitar la progresiva adaptación de las entidades aseguradoras y reaseguradoras al nuevo régimen de la Directiva de Solvencia II
- Prevención blanqueo de capitales: Publicación en el BOE del reglamento de desarrollo de la Ley de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo
- Ya está disponible la aplicación de descarga de la DEC trimestral de seguros colectivos para 2014 de entidades aseguradoras
- Ya están disponibles las aplicaciones de captura de la DEC anual 2013 de corredores de seguros y corredores de reaseguros y de la DEC de agentes de seguros vinculados y de operadores banca-seguros vinculados
- Ya está disponible la aplicación de descarga de la DEC trimestral 2014 de entidades aseguradoras y la aplicación de descarga de la DEC trimestral 2014 de mutualidades de previsión social
- Ya está disponible la aplicación de descarga de la DEC trimestral 2014 de Entidades Gestoras de Fondos de Pensiones
- Solvencia II
Cuestionario informativo de procedimientos de aprobación e Indicaciones de cumplimentación relativas a la directiva Solvencia II
- E.I.O.P.A.
Consulta sobre Set 1 de sus normas técnicas de ejecución (ITS) para Solvencia II
- Oposición al Cuerpo Superior de Inspectores de Seguros del Estado - Convocatoria 2013
Listado de opositores aprobados en el tercer ejercicio y convocatoria del cuarto
- Sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación
Resolución de 5 de marzo de 2014, de la DGSFP por la que se da publicidad a

Protección al Asegurado y al partícipe - Servicio de Reclamaciones

Legislación

La [Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#), regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores. Su objetivo es mejorar la eficacia del funcionamiento de los servicios de reclamaciones y, con ellos, fomentar la aplicación efectiva de la normativa de protección del usuario de servicios financieros y las buenas prácticas en el sector financiero, al tiempo que se aumenta el nivel de seguridad jurídica en las relaciones entre entidades y clientes.

Información útil para los Clientes de las Entidades Aseguradoras y para Partícipes y Beneficiarios de Planes de Pensiones

- [Cuestiones generales sobre el contrato de seguro](#)
- [Seguro obligatorio de automóviles](#)
- [Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria](#)
- [Seguro de decesos](#)
- [Seguro de defensa jurídica](#)
- [Seguros obligatorios diversos](#)
- [Seguros vinculados a préstamos hipotecarios](#)
- [Planes y fondos de pensiones](#)

Información sobre el procedimiento

El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones atiende las consultas, quejas y reclamaciones que presenten los ciudadanos a través del procedimiento recogido en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Este procedimiento es escrito y las consultas, quejas y reclamaciones se pueden presentar de dos formas:

- En soporte papel, dirigiendo el escrito al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid.
- Por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de la [Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#)
- Asimismo, para realizar consultas se pone a disposición de los ciudadanos el teléfono 902 19 11 11, con el siguiente horario: de lunes a viernes laborables de 9:30 a 14:30 h

- [Guía Práctica para la Presentación de Quejas, Reclamaciones y Consultas](#) (57 KB)
- [PG1 - Competencias del Servicio de Reclamaciones](#) (52 KB)
- [PG2 - ¿Quién puede presentar consultas o reclamaciones?](#) (52 KB)
- [PG3 - ¿Cómo plantear una queja o reclamación?](#) (68 KB)
- [PG4 - Tramitación de quejas y reclamaciones](#) (40 KB)

Descarga de Formularios para la presentación de Quejas, Reclamaciones y Consultas

Los formularios que se publican a continuación facilitan la presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, sin perjuicio de que usted pueda utilizar cualquier otro formato.

- [Descarga de Formulario de Quejas y Reclamaciones](#) (23 KB)
- [Descarga de Formulario de Consultas](#) (20 KB)

Presentación telemática de Quejas, Reclamaciones y Consultas: "Sede Electrónica"

- [Presentación telemática de Quejas, Reclamaciones y Consultas: "Sede electrónica"](#)

Departamentos de atención al cliente y defensores del cliente de las entidades aseguradoras

- [Búsqueda individualizada del departamento en cada entidad aseguradora](#)
- [Servicio de Atención al Asegurado del Consorcio de Compensación de Seguros](#) [Ⓔ] [para cuestiones exclusivamente relativas a la actividad aseguradora de esta entidad. No atiende reclamaciones o consultas referidas a otras compañías]

Red Transfronteriza Europea (FIN-NET)

- [Red Transfronteriza Europea para la tramitación extrajudicial de reclamaciones en materia de servicios financieros \(FIN-NET\)](#) [Ⓔ]
- [Planes y fondos de pensiones](#)

Informes

-  [Informe anual del Servicio de Reclamaciones 2012](#) (1,5 MB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer semestre 2012](#) (416 KB)
-  [Informe anual del Servicio de Reclamaciones 2011](#) (4,5 MB)
-  [Servicio de Reclamaciones - Informe del semestre de 2011](#) (924 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2010](#) (6,6 MB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer semestre 2010](#) (914 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2009](#) (4,2 MB)
-  [Informe del Servicio de Reclamaciones del primer semestre de 2009](#) (336 KB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer trimestre 2009](#) (372 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2008](#) (1,37 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2007](#) (1,68 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2006](#) (1,19 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2005](#) (1,29 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2004](#) (1012 KB)

INFORMACIÓN GENERAL

En este epígrafe se encuentra publicado, en primer lugar, la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, con la finalidad de facilitar y aclarar el acceso al procedimiento de tramitación de expedientes ante el Servicio de Reclamaciones, aparece publicada una **“Guía Práctica”** dirigida a los usuarios de los servicios financieros, con información necesaria para la presentación de quejas, reclamaciones y consultas. Esta Guía se refiere tanto a los procedimientos que se tramitan en formato papel, como a los que se tramitan por vía telemática.

La información sobre el procedimiento se completa con la publicación de unos criterios en los que se aclaran las competencias del Servicio de Reclamaciones, las personas legitimadas para reclamar, todos los requisitos que se han de cumplir para la presentación de consultas, quejas y reclamaciones y las fases del proceso.

Además, en el enlace **“Descarga de Formularios para la Presentación de Quejas y Reclamaciones y Consultas”** están a disposición de los ciudadanos formularios de quejas, reclamaciones y consultas para facilitar su presentación en formato papel, sin que en ningún caso sea obligatorio su uso.

Existe un enlace a la sede electrónica **para la presentación telemática de quejas, reclamaciones y consultas**.

También se incluye en la página web información sobre los **órganos especializados nombrados por las entidades para atender las quejas y reclamaciones** que les presenten sus clientes, con la finalidad de que los ciudadanos puedan obtener la información necesaria para hacer valer sus derechos frente a actuaciones de las entidades aseguradoras y gestoras de fondos de pensiones.

Se incluyen igualmente algunos de los **criterios del Servicio de Reclamaciones** utilizados en la emisión de sus informes y que están relacionados con las materias más habituales de consulta, queja o reclamación.

Estos criterios están clasificados según afecten a todos los ramos de seguro o bien a algunos en particular. Esta información ha sido muy demandada tanto por las entidades como por los particulares, observándose una disminución del número de consultas que anteriormente se presentaban por escrito, sobre las materias publicadas en este apartado.

En este epígrafe se publican también los diferentes informes anuales, trimestrales y semestrales elaborados por el Servicio de Reclamaciones.

Por último, hay que destacar que en el apartado planes y fondos de pensiones de la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se encuentran publicadas las comisiones de gestión y de depósito aplicables a los planes de pensiones del sistema individual y asociado, así como las rentabilidades de éstos. La publicación de estos datos supone una mayor transparencia respecto a la actuación de las entidades gestoras y depositarias y pretende servir de ayuda a los ciudadanos para adoptar decisiones adecuadas a sus necesidades y expectativas, así como dotarles de mayor información para la gestión de sus intereses.

RED TRANSFRONTERIZA EUROPEA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXTRAJUDICIALES EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS (FIN-NET)

El Servicio de Reclamaciones tiene competencias para atender y resolver aquellas quejas y reclamaciones frente a entidades que estén autorizadas para operar en España, pero en el caso de que un ciudadano español tenga un conflicto con una entidad domiciliada en otro país, éste tendría que dirigirse al órgano de resolución de conflictos del Estado en el que esté domiciliada esa entidad, lo que en muchos casos es disuasorio para los consumidores.

Para facilitar el acceso de los ciudadanos a los mecanismos de resolución de conflictos del país donde se encuentra la entidad financiera contra la que se reclama, se creó la red FIN-NET. Se trata de una red de cooperación entre órganos nacionales de resolución extrajudicial de litigios en materia de servicios financieros, impulsada por la Comisión Europea en el año 2001. Su objetivo es la resolución de conflictos transfronterizos entre las empresas de servicios financieros, es decir, bancos, entidades aseguradoras, empresas de servicios de inversión y otras, y consumidores y usuarios de estos servicios en el territorio del Espacio Económico Europeo.

FIN-NET permite al consumidor ponerse en contacto con el órgano de reclamación extrajudicial de su país de origen, aunque su reclamación se dirija a una entidad financiera extranjera, que le pondrá en contacto con los organismos pertinentes. Este mecanismo ayuda al consumidor a localizar el sistema de reclamación adecuado y le facilita la información necesaria acerca del mismo y de su procedimiento de reclamación.

Con la finalidad de proporcionar la máxima información a los ciudadanos sobre las formas de hacer valer sus derechos cuando el proveedor del servicio no se encuentra sometido al control del supervisor español, el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se adhirió, en julio de 2010, a FIN-NET. En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el apartado “**Protección al Asegurado**” se proporciona el enlace a la **Red Transfronteriza Europea de Resolución de Conflictos Extrajudiciales en el Ámbito de los Servicios Financieros (FIN-NET)** para la tramitación extrajudicial de reclamaciones en materia de servicios financieros.



The screenshot shows the FIN-NET website. The header is blue with the European Union flag on the left and the FIN-NET logo in the center. The logo consists of a blue shield with a yellow star and the text "FIN-NET" in yellow. To the right of the logo is the text "Financial Dispute Resolution Network" in white. In the top right corner of the header is a small "English" button. Below the header is a navigation menu with links: "Welcome", "How to use FIN-NET?", "Members", "Key documents", and "News". The "Welcome" link is highlighted. The main content area has a blue background with the text "Welcome to FIN-NET" in white. Below this is a paragraph of text: "FIN-NET is a financial dispute resolution network of national out-of-court complaint schemes in the European Economic Area countries (the European Union Member States plus Iceland, Liechtenstein and Norway) that are responsible for handling disputes between consumers and financial services providers, i.e. banks, insurance companies, investment firms and other. This network was launched by the European Commission in 2001." Below this paragraph is another paragraph: "Within FIN-NET, the schemes cooperate to provide consumers with easy access to out-of-court complaint procedures in cross-border cases. If a consumer in one country has a dispute with a financial services provider from another country, FIN NET members will put the consumer in touch with the relevant out-of court complaint scheme and provide the necessary information about it." At the bottom of the main content area is a link: "Read more on page [How to use FIN-NET](#)."

IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TELEMÁTICOS

Como ya se puso de manifiesto en anteriores informes, con la entrada en vigor de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, se establece una nueva regulación de los registros administrativos electrónicos orientada, entre otros aspectos, a promover las comunicaciones telemáticas entre los ciudadanos y la Administración.

Entre los procedimientos administrativos susceptibles de tramitación a través del registro telemático se encuentra el de la presentación, tramitación y resolución ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de las reclamaciones, quejas y consultas relacionadas con contratos de seguro y planes de pensiones a las que se refiere la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros.

La implantación de este medio para la tramitación de reclamaciones, quejas y consultas tiene una gran importancia ya que supone un nuevo canal de acceso a los procedimientos ante la Administración, ofreciendo mayores facilidades y comodidad. Además, agiliza los trámites de comunicación entre las entidades y los ciudadanos, lo que permite la reducción del plazo de resolución de los expedientes y con ello un reforzamiento en la eficacia de la protección de los derechos de los ciudadanos.

El acceso a los procedimientos telemáticos implantados en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se realiza a través de la Sede Electrónica o directamente en el enlace <https://www.sededsfp.gob.es/>

En la Sede Electrónica se ofrecen todos los procedimientos susceptibles de ser tramitados por medios telemáticos. Entre ellos se encuentra el de la presentación de una consulta, queja o reclamación, a través del enlace Protección al asegurado-Servicio de Reclamaciones.

**sede electrónica**
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Buscar en la DGSFP

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios

Fecha y Hora Oficial
12/05/2014
16:53:00
[Ir al Calendario Oficial](#)

Procedimientos y servicios
Protección al asegurado y al participante - Servicio de reclamaciones
Entidades aseguradoras
Planes y fondos de pensiones
Mediadores de seguros y reaseguros
Lista completa de procedimientos y servicios
Consulta de expedientes
Notificaciones electrónicas
Ayuda

PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS

Desde esta sección se podrá acceder a los diversos PROCEDIMIENTOS, TRÁMITES, SISTEMAS NORMALIZADOS Y PREIMPRESOS ADMITIDOS TELEMÁTICAMENTE por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, incluidos en el concepto general de "Administración Electrónica", esto es, aquellos procedimientos administrativos en los que todos o alguno de sus trámites pueden ser realizados a través de Internet. Se deberá prestar particular atención a las especificaciones incluidas en cada uno de los procedimientos a los que puede acceder a través de esta sección. Igualmente, deberá atender a los requerimientos establecidos en cada procedimiento en relación con el uso de los sistemas de seguridad y garantía jurídica, mediante la utilización de la firma electrónica.

Tipo de procedimiento o servicio administrativo

- Reclamaciones - Protección asegurado y participe
- Entidades aseguradoras
- Planes y fondos de pensiones
- Mediadores de seguros y reaseguros

Mapa de procedimientos y servicios administrativos

Presenta en una sola página la lista completa de procedimientos y servicios administrativos para una mayor rapidez de acceso en caso de conocer el nombre del procedimiento o servicio.

- Lista de procedimientos y servicios administrativos

[Manual de ayuda para configurar las opciones de seguridad de Internet Explorer para el envío telemático de archivos a través de la Sede Electrónica de la DGSFP](#) (155 KB)

[Resolución de 12 de julio de 2010, de la Subsecretaría](#), por la que se aprueba la relación de documentos electrónicos normalizados del ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.

Preguntas frecuentes | Contacte con nosotros | Portal Web de la DGSFP | Enlaces de interés

Guía de navegación | Accesibilidad | Aviso legal | Mapa web

W3C CSS | W3C XHTML | W3C WAI-AA

Así, desde julio de 2008 resulta posible realizar la presentación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de cualquier documentación referente a este procedimiento por vía telemática, mediante firma electrónica.

En concreto, seleccionando el epígrafe Servicio de Reclamaciones de la Sede Electrónica, se distingue entre la posibilidad de presentación de documentación por las entidades y por los ciudadanos, diferenciando a su vez para estos últimos entre presentación de quejas o reclamaciones, consultas y documentación adicional, tal como se muestra en la siguiente imagen.

The screenshot shows the 'sede electrónica' website interface. At the top, the logo 'sede electrónica' is displayed next to the text 'GOBIERNO DE ESPAÑA' and 'MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD'. Below this, the full name 'Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones' is shown. A search bar is located in the top right corner. A navigation bar contains links: 'Bienvenidos', 'Benvinguts', 'Benvidos', 'Ongi etorri', and 'Welcome'. Below the navigation bar, a breadcrumb trail reads: 'Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios > Protección al asegurado y al partícipe - Servicio de reclamaciones > Ciudadanos y compañías'. The main content area is titled 'Procedimientos y servicios' and features a sub-header 'Protección al asegurado y al partícipe - Servicio de reclamaciones'. A text box contains a link to 'Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre', followed by a paragraph explaining the procedure for presenting claims. Below this, there are two main sections: 'Ciudadanos' and 'Compañías'. Under 'Ciudadanos', there are three links: 'Presentar reclamación', 'Presentar consulta', and 'Presentar documentación adicional'. Under 'Compañías', there is one link: 'Presentar alegaciones'. At the bottom of the main content area, there is a link to a 'Manual de ayuda para configurar las opciones de seguridad de Internet Explorer'. The footer contains four buttons: 'Preguntas frecuentes', 'Contáctenos', 'Portal Web de la DGSFP', and 'Enlaces de interés'. Below these buttons, there are four links: 'Guía de navegación', 'Accesibilidad', 'Aviso legal', and 'Mapa web'.

Respecto a la experiencia desde su implantación, en el cuadro que se incluye en el Anexo 1 como cuadro A.1.IV, se refleja el número de documentos presentados a través de procedimientos telemáticos, destacándose que son las entidades aseguradoras las que más han utilizado este medio para la presentación de alegaciones. En concreto, esta cifra de alegaciones se ha incrementado en aproximadamente un 8% con respecto al año anterior.

Como ya se indicó en informes anteriores, para lograr que todo el procedimiento pueda ser realizado por medios telemáticos, desde enero de 2009 se facilitó la posibilidad de que las comunicaciones entre la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y las entidades financieras que son parte en el procedimiento de tramitación de quejas y reclamaciones puedan ser realizadas exclusivamente por medios telemáticos. Por lo tanto, las entidades que lo deseen pueden adherirse voluntariamente a este nuevo procedimiento de recepción telemática de notificaciones.

Para la adhesión a este sistema de comunicaciones es necesario que las entidades firmen un protocolo por el cual las partes se comprometen a que en el procedimiento al que da lugar la presentación de una reclamación de un usuario de servicios financieros, las comunicaciones y notificaciones que se efectúen a lo largo del procedimiento citado, sean exclusivamente telemáticas.

Las comunicaciones telemáticas establecidas por las partes tendrán la misma validez que las que se hacen a través de cualquier otro medio y serán de aplicación, en todo caso, las disposiciones previstas en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, y en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Las comunicaciones se realizarán a través del Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad de acuerdo con lo dispuesto en la Orden ECC/5232013, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio.

Las entidades que hasta la fecha de presentación de este informe se han adherido al procedimiento de comunicación telemática ascienden a 112 y son las reflejadas en el cuadro A.1.V del Anexo 1.

Por último, hay que señalar, como ya se indicó en el informe del año anterior que una de las novedades que se ha implantado a principios del año 2010 es la posibilidad de que los ciudadanos y las entidades financieras que utilicen la vía telemática como medio de comunicación con el Servicio de Reclamaciones puedan consultar por este medio el estado de su expediente a través de la opción consultas del menú de la Sede Electrónica.

GUÍA DEL ASEGURADO Y DEL PARTICIPE

Otro de los medios dirigidos a ofrecer a los ciudadanos información precisa y útil en el ámbito asegurador y de los fondos de pensiones es la publicación en la página web de una **Guía Informativa del asegurado y del partícipe**, bajo el acrónimo **GASPAR**, cuya finalidad es la de ofrecer pautas básicas a las personas que tengan interés en la contratación de seguros o planes de pensiones o que sean titulares de los mismos y no tengan conocimientos específicos sobre estas materias o quieran ampliarlas.

La información contenida en GASPAR se divide en cuatro apartados: el primero, proporciona información sobre los aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta en el momento de la contratación de un seguro o un plan de pensiones; en el segundo, se recoge un glosario de términos técnicos en materia de seguros y planes de pensiones; el tercero está dedicado a preguntas frecuentes; y el cuarto, contiene toda la información relacionada con los mecanismos de defensa de los clientes de servicios financieros.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

GUÍA PARA LA CONTRATACIÓN

Aspectos a considerar en la toma de decisión, derechos y obligaciones.

[+ Para la contratación de seguros](#)

[+ Para la contratación de planes de pensiones](#)

GLOSARIO a | b | c | d | ...
Glosario técnico

PREGUNTAS FRECUENTES
Preguntas frecuentes

RECLAMACIONES Y CONSULTAS
Ante aseguradoras, intermediarios o gestoras de planes de pensiones.
Ante la DGSFP
(Servicio de Reclamaciones)



GASPARGASPAR

Guía del asegurado y del partícipe

Contacto | Enlaces de interés

Bienvenidos al nuevo portal para Asegurados y Participes

La contratación de seguros o planes de pensiones resulta cada vez más habitual como manifestación de una cultura económica madura. La conveniencia de su contratación puede venir impulsada por una decisión autónoma o, de modo inducido, por una obligación legal o contractual. La técnica aseguradora e, incluso, la terminología utilizada en los contratos de seguro no es sencilla, lo que lleva a que en ocasiones el contenido del contrato no sea de fácil comprensión para los asegurados.

La Administración Pública asume como tarea propia contribuir al esfuerzo de acercar los seguros y planes de pensiones al gran público a través de esta Guía para los Asegurados y Participes, referida en lo sucesivo a través de su acrónimo GASPARGASPAR. Esta herramienta justifica su existencia en la voluntad de dar unas pautas básicas a los no iniciados que tengan interés en suscribir seguros o planes de pensiones. Este objetivo condiciona el alcance y profundidad de las orientaciones, que en otras circunstancias merecerían ser más exhaustivas.

GASPARGASPAR encontrará su utilidad en la protección de los intereses de los potenciales asegurados y participes, asistiendo a los interesados en el proceso de contratación, así como durante la vigencia del producto contratado. Para ello GASPARGASPAR se estructura en los siguientes capítulos:

1. Guía para la contratación 2. Glosario técnico 3. Preguntas más frecuentes 4. Reclamaciones y consultas

La dinámica de este sector hace imposible abarcar todos los productos ofrecidos en el mercado. Por ello las explicaciones tendrán un enfoque genérico, sin perjuicio de que se aborden aquellas cuestiones particulares que pueden darse con algunos tipos de seguros.

Asimismo esta herramienta, en la búsqueda de su mayor facilidad de uso, limitará su extensión a la relación entre el cliente (tomador o partícipe) y la aseguradora o entidad gestora del fondo de pensiones, y a los derechos y obligaciones que se derivan de la contratación.

Debido al alcance meramente informativo de esta página, se recomienda solicitar un asesoramiento previo a las entidades que ofrezcan productos de seguro y pensiones para conocer todas sus características y riesgos. Sobre esta base previa e imprescindible GASPARGASPAR se ubica como elemento complementario, nunca sustitutivo.

© 2008 DGSFP | [W3C CSS](#) [W3C XHTML](#) [W3C WAI-AA](#)

COLABORACIÓN DE LA DGSFP EN LAS ACTUACIONES DEL PLAN DE EDUCACIÓN FINANCIERA

Entre las actuaciones realizadas por el Servicio de Reclamaciones hay que destacar la colaboración con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, tendentes a mejorar la defensa de los intereses de los ciudadanos en el ámbito financiero.

La necesidad de una adecuada formación de los ciudadanos para adoptar sus decisiones financieras, en un entorno cada vez más complejo y dinámico, ha sido subrayada de modo reiterado en los últimos años por los principales organismos internacionales, y concretamente en el ámbito asegurador se subrayaba la responsabilidad de los gobiernos en la formación de los ciudadanos.

El desarrollo de la educación financiera es imprescindible para que las economías domésticas puedan gestionar mejor sus riesgos y aumenten su capacidad para afrontar situaciones económicas adversas, con el consiguiente efecto positivo sobre la estabilidad de los sistemas financieros.

Bajo estas premisas, el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores firmaron un Convenio de colaboración para el desarrollo de un Plan de educación financiera. Los compromisos y objetivos asumidos se reflejan en el Plan de Educación Financiera 2008-2012. El Plan se prorrogó para el período 2013-2017.

Entre los grandes objetivos del Plan de Educación Financiera para el período 2013-2017 se encuentran:

- La introducción de la educación financiera en el sistema educativo obligatorio, con el fin de impartir contenidos y conceptos como ahorro, endeudamiento o planificación de la inversión en las fases tempranas de la enseñanza obligatoria y, a medio plazo, cubrir de forma horizontal a todas las capas de la población joven.
- Educación financiera para la jubilación y en el ámbito del seguro con el objetivo de concienciar a la población de la necesidad de previsión de la jubilación y fomentar la cultura aseguradora para gestionar los riesgos que se plantean a lo largo del ciclo vital.
- Estrategia sostenida de difusión de las herramientas educativas puestas en marcha en el ámbito del plan, especialmente del portal www.finanzasparatodos.com, con fin de que sean aprovechadas y conocidas por el mayor número posible de ciudadanos.
- Fomento de la red de colaboradores del Plan de Educación e impulso de los convenios para conseguir llegar al mayor público posible, así como mejorar el impacto de las iniciativas y maximizar los recursos existentes en nuestro país para la educación financiera.

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones suscribió un acuerdo de colaboración con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores en el desarrollo del Plan de Educación Financiera, con el fin de coordinar esfuerzos y optimizar los recursos disponibles.

Respecto a los trabajos realizados hasta el momento en desarrollo del Plan, hay que resaltar que sigue operativa, tras su publicación en 2010, la página web en la dirección www.finanzasparatodos.es. La web nació con la vocación de convertirse en un servicio público, accesible a toda la población para responder a las necesidades de educación financiera de la sociedad española.

Asimismo, con la finalidad de servir de instrumento a las autoridades educativas y difundir la educación financiera entre todos los jóvenes también se publicó, dentro del portal [finanzasparatodos](http://finanzasparatodos.com), la página web [gepeese](http://gepeese.com). Aquí se contienen propuestas de actividades que pueden servir como complemento o alternativa a los profesores, entre las que destaca su banco de juegos, que incluye la posibilidad de organizar pequeñas competiciones y desafíos, con el fin de estimular el interés de los estudiantes.

Accesibilidad | Mapa web | Contacto | RSS | Cookies
Idioma: Español
Búsqueda


finanzas para todos


plan de educación financiera



Inicio
Cómo llegar a fin de mes
La economía en las etapas de la vida
Consejos para invertir
La oferta de productos y servicios financieros
Kit financiero de supervivencia

Lectura fácil

Le ayudamos a mejorar la gestión diaria de **su economía personal**

Selecciona un perfil cercano a ti:

o bien dinos qué necesidad tienes:



Recursos para jóvenes y profesores

Glosario | Enlaces | Herramientas y calculadoras | Novedades | Multimedia

Sobre este proyecto

Novedades

Día de la Educación Financiera: Conferencia 'El lado humano de las Finanzas'
21-09-2015 - En: [Novedades](#)

Día de la Educación Financiera: Teléfono gratuito para resolver tus dudas sobre finanzas domésticas
21-09-2015 - En: [Novedades](#)

Celebra con nosotros el próximo 5 de octubre el primer Día de la Educación Financiera
21-09-2015 - En: [Novedades](#)

Lo más leído

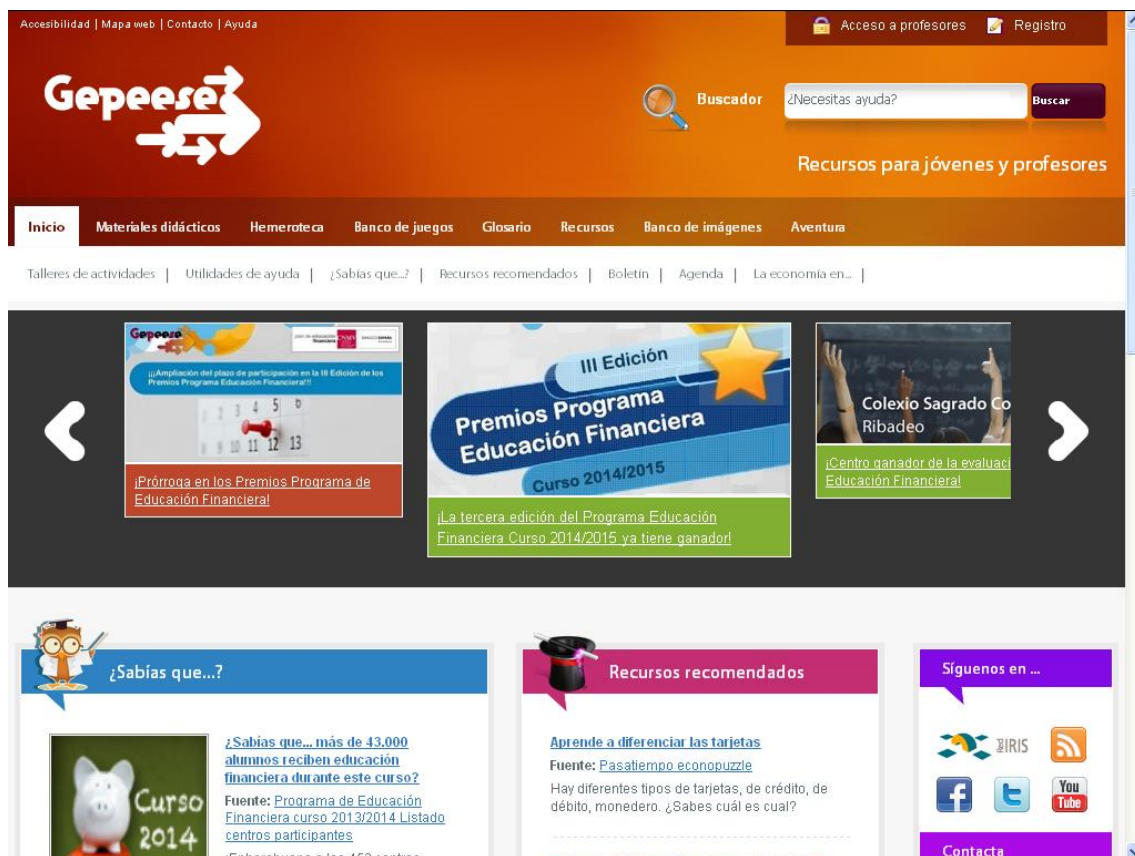
Medios de pago: los cheques
En: [Productos y servicios bancarios operativos](#)

Los cheques, o talones, siguen siendo utilizados como medios de pago. Hay varias modalidades, pero todos tienen unos requisitos formales y elementos esenciales para que sean válidos. No hay que olvidar una serie de consejos de seguridad para operar con cheques.

Y además ...

El presupuesto personal


Descargar la aplicación: Mi Presupuesto



Por parte del Plan también se intensificó la participación y colaboración con organismos multilaterales, en especial con la **International Network on Financial Education (INFE)** de la **OCDE**.

Por último, en 2014-2015 se está desarrollando una nueva edición del Programa de Educación Financiera. Este programa abarca tanto a centros públicos como a privados y concertados de todas las CCAA y Ceuta y Melilla.

CAPÍTULO V. PRÁCTICAS DE MERCADO

Este capítulo contiene una relación de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones en el ejercicio de sus funciones, que se considera que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas y usos financieros que han de regir en la contratación de seguros y planes de pensiones. Este catálogo recoge actuaciones de las entidades que no constituyen comportamientos extendidos sino prácticas aisladas pero que se considera relevante conocer.

La relación de prácticas de mercado que se señala a continuación actualiza el catálogo de prácticas de mercado publicado en años anteriores.

La actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones constituye una fuente de información para la supervisión de conductas de mercado de las entidades. Una vez que son detectadas por el Servicio de Reclamaciones se comunican a los órganos correspondientes de los servicios de inspección a efectos de control y supervisión.

1. SEGUROS

1.1. CONTRATOS DE SEGUROS LIGADOS A PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS.

- Exigencia de prima única en la contratación de seguros de vida o de daños ligados a préstamos hipotecarios, sin ofrecer la posibilidad de contratación de un seguro anual renovable.
- En los seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, en los que la prima única también está financiada por la entidad bancaria que concedió el préstamo, en caso de amortización anticipada del préstamo, se devuelve la parte de prima no consumida a la entidad prestamista, en vez de al asegurado.
- Designación como beneficiario de un seguro de daños sobre un bien hipotecado al acreedor hipotecario. Sólo el propietario del bien asegurado tiene derecho a percibir la indemnización y el artículo 40 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro regula un régimen especial sobre los derechos de los acreedores hipotecarios sobre las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados. Además hay que señalar que para determinadas garantías, tales como la defensa jurídica o la responsabilidad civil, el acreedor hipotecario carece de cualquier clase de interés.

1.2. SEGUROS DE VIDA.

1.2.1. Seguros colectivos.

- Seguros individuales comercializados a través de entidades de crédito, como seguros colectivos.

En estos seguros aparece como tomador la entidad de crédito, cuando a quien corresponden todos los derechos y obligaciones derivados del contrato es al asegurado, que es quien paga la prima.

1.2.2. Otras prácticas.

- Confusión en la contratación de seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

En las entidades de banca seguros se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si es un producto bancario, de inversión, un seguro o un plan de

pensiones. Sobre todo ocurre en productos como los unit link en donde se mezclan características aseguradoras y de inversión.

En general, deficiente información en la comercialización de seguros de vida en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, acerca de la variabilidad del valor de los activos en que se invierte el producto.

En los seguros unit link no se identifican las primas que corresponden a cada garantía, de las cuales depende la prestación a percibir por el asegurado, elemento esencial en la toma de decisiones para suscribir un producto con componentes de ahorro e inversión como son estos seguros.

- Tipo de interés y gastos internos.

En los seguros de vida comercializados no queda claro el tipo de interés aplicable a la operación.

La aplicación a las primas de unos gastos internos de gestión que no aparecen reflejados en las pólizas y, por tanto, el asegurado desconoce.

- Participación en beneficios.

Falta de remisión anual de esta información, a pesar de tener carácter obligatorio y en caso de envío, falta de información suficiente sobre el método para su cálculo.

Seguros de vida con participación en beneficios en los cuales, en el momento de su comercialización, se realizan estimaciones sobre beneficios futuros máximos, generándose una expectativa en el asegurado, que le lleva a contratarlo, sin que se informe de que esta cantidad es variable y, en caso de no tener beneficios, la rentabilidad será cero.

- Exigencia a los beneficiarios de seguros de vida de la presentación de documentos que no sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de siniestro y el derecho al pago de la prestación.

1.3. SEGURO DEL AUTOMÓVIL.

- Convenios de liquidación de siniestros entre entidades.

En el caso de los terceros perjudicados en un accidente de la circulación, por aplicación de los convenios celebrados entre entidades aseguradoras, la peritación y valoración de los daños se realiza por la entidad del perjudicado. En estos supuestos, la entidad le aplica las limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios, cuando su asegurado debe ser indemnizado como un tercero.

- No indemnización al perjudicado en un accidente de circulación de los perjuicios derivados de la imposibilidad de utilizar el vehículo hasta el abono de la indemnización por parte de la entidad aseguradora del vehículo culpable, lo que implica, que la entidad aseguradora debería proporcionar un vehículo de sustitución de similares características al siniestrado, o reembolsar el coste del alquiler de un vehículo o de los medios de transporte utilizados por el perjudicado hasta el abono de la indemnización.

1.4. SEGUROS DE HOGAR.

- Discrepancias en la valoración del siniestro, que afectan al perjudicado.

En los supuestos en que la discrepancia se centra en determinar si el origen del siniestro está en un elemento privativo o comunitario, las aseguradoras afectadas niegan la

cobertura, sobre la base de los informes emitidos por sus respectivos peritos. La controversia no se produce entre el asegurado y el asegurador, sino entre dos aseguradoras, la de la comunidad y la de la vivienda.

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

En ocasiones, las entidades aseguradoras se desentienden de la deficiente prestación del servicio realizado por operarios enviados por la propia compañía. Debe considerarse como un deber de diligencia mínimo la comprobación posterior de los trabajos de los citados operarios.

- Falta de información e inadecuado asesoramiento al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador pretenda estar asegurado al 100% de su valor.
- La falta de información, en general, cuando se rehúsa un siniestro por parte de la compañía sobre las causas de no cobertura.

1.5. SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA Y DECESOS.

- Elevación desproporcionada de la prima, no justificada actuarialmente.
- Elevación de la prima, por inclusión de nuevas garantías o coberturas no solicitadas.
- No renovación del seguro a asegurados con determinadas enfermedades, en especial, si al asegurado se le diagnostican enfermedades crónicas.
- Respecto al cuestionario de salud que debe ser cumplimentado antes de la contratación, en ocasiones no se somete a la firma del asegurado, en otras es el propio agente de la aseguradora el que se encarga de rellenarlo sin la participación activa del tomador.
- Cuestionarios de salud que establecen que si no se contesta al mismo la respuesta se entiende negativa, lo que todavía hace más difícil probar si efectivamente se sometió al cuestionario a los asegurados.
- En general, falta de información al asegurado sobre la trascendencia de lo declarado en el cuestionario de salud.
- Existencia de cláusulas en seguros de enfermedad y asistencia sanitaria por las que se excluyen pruebas diagnósticas por medios que no estén suficientemente contrastadas, quedando al arbitrio de la entidad la determinación de si estas pruebas están o no suficientemente contrastadas.
- Exclusión de cobertura por la entidad aseguradora de la asistencia sanitaria de carácter urgente, si ésta se produce durante el periodo de carencia establecido en un seguro de enfermedad o asistencia sanitaria.
- En los seguros de asistencia sanitaria, establecimiento de plazos de carencia para embarazo y parto superiores a ocho meses.
- En los seguros de decesos se comunican al asegurado nuevas coberturas, que no han sido solicitadas, con el correspondiente incremento de prima.

1.6. CONTRATOS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

- En los seguros de asistencia en viaje, aparece como tomador el operador mayorista que organiza el viaje, en vez del asegurado, que es quien paga la prima y por tanto el auténtico tomador del seguro. El cliente sólo recibe un resumen de las condiciones generales desconociendo el contenido completo del contrato.

1.7. SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD.

- Interpretación muy restrictiva de las cláusulas del contrato en determinadas situaciones.

Se dan supuestos en que en el condicionado se señala que nace el derecho a la prestación cuando el asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente, debiendo requerir y recibir asistencia médica adecuada y que lleve consigo la interrupción total del desarrollo de sus actividades habituales o profesionales, durante el tiempo que ésta se prolongue. En diversos supuestos objeto de queja o reclamación el asegurado se encontraba de baja laboral certificada por profesional médico del sistema público de salud; sin embargo, la entidad niega la prestación por considerar que su estado le permitía seguir realizando sus actividades habituales.

1.8. SEGURO DE DEFENSA JURÍDICA.

- En el seguro de defensa jurídica se observa que las entidades argumentan en ocasiones que consideran inviable la reclamación de su asegurado, dejando a éste la posibilidad de que se defienda por su cuenta, asumiendo únicamente los gastos de abogado y procurador si tiene éxito en su reclamación. Las entidades no justifican en la mayoría de ocasiones la citada inviabilidad.
- Desentendimiento por parte de la entidad aseguradora de la actuación de los profesionales designados por ella para la defensa de los intereses de su asegurado.

1.9. SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

- Retrasos en el pago del importe mínimo fijado por la Ley de Contrato de Seguro.
- Información insuficiente en caso de falta de cobertura: las compañías comunican el rehusé del siniestro sin motivación adecuada.
- Cuando el proceso de determinación de la indemnización se alarga y el asegurado no está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por la entidad aseguradora, ésta sin previo aviso ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.
- Dilaciones injustificadas en los peritajes en casos en los que si no se realiza un peritaje inmediato, el asegurado puede verse seriamente perjudicado.
- Utilización del procedimiento pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro como medio disuasorio para reclamaciones de los asegurados, ya que en ocasiones el importe de los daños es inferior al coste que le supondría al asegurado la contratación de los servicios de un perito.
- No cobertura de los desperfectos ocasionados en el objeto asegurado por el propio perito, cuando posteriormente se determina que el siniestro no está cubierto.

1.10. OTRAS PRÁCTICAS.

- En relación con los mecanismos de protección e información a la clientela:

Falta de información por parte de las entidades aseguradoras a sus clientes sobre los distintos mecanismos de protección existentes en la entidad.
- Servicios de atención al cliente que comunican a sus asegurados que el siniestro no está cubierto según el informe pericial, sin proporcionar ninguna explicación adicional. Posteriormente, cuando los asegurados solicitan el contenido de este informe la entidad

aseguradora no se lo proporciona y, únicamente, cuando presentan una reclamación ante el Servicio de Reclamaciones acceden al contenido de éste.

- En relación con el procedimiento de tramitación de las quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones:

No aportar la documentación esencial para la resolución del conflicto en el trámite de alegaciones, y hacerlo posteriormente cuando el Servicio de Reclamaciones ya ha emitido un dictamen favorable al interesado y requiere a la entidad aseguradora sobre las actuaciones a realizar a la vista del informe.

2. PLANES DE PENSIONES

- Propuesta de contratación de planes de pensiones a personas para las que no resultan productos idóneos.

Diversas reclamaciones ponen de manifiesto cómo en ocasiones algunas entidades aconsejan la contratación de planes de pensiones a personas que por su edad o por sus circunstancias personales no van a poder recibir la prestación principal del plan de pensiones.

- Retrasos en la movilización de los derechos consolidados y en el cobro de las prestaciones por los beneficiarios.

Las entidades que deben proceder a la transferencia de los derechos consolidados a la nueva entidad gestora elegida por el partícipe, retrasan la movilización, superando los plazos máximos marcados por el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones. Igualmente se denuncia en ocasiones retrasos injustificados en la puesta a disposición de los beneficiarios de la prestación correspondiente, una vez que han sido aportados todos los documentos solicitados por la entidad gestora.

- Deficiente información para los partícipes de planes de pensiones en el momento de la contratación, durante la vida del plan y en la cancelación del mismo.

Son los casos en los que los partícipes reciben una información parcial e incompleta del producto que contratan, desconociendo habitualmente el contenido de las especificaciones del plan de pensiones. Es habitual que el único documento que declaran haber recibido es una copia de su solicitud de adhesión al plan de pensiones.

En otras ocasiones denuncian la pérdida de valor de los derechos consolidados, alegando que nunca fueron informados de la posibilidad de rentabilidades negativas.

En varias ocasiones el reclamante, en el momento de decidir el cobro de la prestación, opta por una renta pensando que era cierta durante un plazo determinado o incluso vitalicia, desconociendo que los derechos consolidados siguen invertidos y sometidos a fluctuaciones en función de la cotización de los valores mobiliarios, que pueden provocar una disminución en los períodos de cobro.

- Errores administrativos y de gestión de las entidades gestora, depositaria o comercializadora, que provocan perjuicios al partícipe.

Por errores en la gestión de comunicaciones del partícipe a las entidades, no son atendidas las órdenes de disminuir las aportaciones periódicas, provocando descubiertos en cuenta corriente que motivan la demanda de intereses por descubierto en cuenta al partícipe.

ANEXO 1. CUADROS ESTADÍSTICOS.

CUADRO A.1.I
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2014 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Almería	133	7,94
	Cádiz	254	15,16
	Córdoba	177	10,56
	Granada	177	10,56
	Huelva	100	5,97
	Jaén	108	6,44
	Málaga	279	16,65
	Sevilla	448	26,73
Andalucía		1.676	15,74
	Huesca	28	9,12
	Teruel	30	9,77
	Zaragoza	249	81,11
Aragón		307	2,88
	Asturias	235	100,00
Asturias		235	2,21
	Illes Balears	147	100,00
Baleares		147	1,38
	Palmas (Las)	169	37,31
	Santa Cruz de Tenerife	284	62,69
Canarias		453	4,25
	Cantabria	149	100,00
Cantabria		149	1,40
	Albacete	87	17,26
	Ciudad Real	144	28,57
	Cuenca	39	7,74
	Guadalajara	79	15,67
	Toledo	155	30,75
Castilla la Mancha		504	4,73
	Ávila	30	5,36
	Burgos	110	19,64
	León	120	21,43
	Palencia	32	5,71
	Salamanca	63	11,25
	Segovia	23	4,11
	Soria	23	4,11
	Valladolid	125	22,32
	Zamora	34	6,07

TERRITORIO		NÚMERO	%
Castilla y León		560	5,26
	Barcelona	914	81,03
	Girona	79	7,00
	Lleida	33	2,93
	Tarragona	102	9,04
Cataluña		1.128	10,59
	Ceuta	11	100,00
Ceuta		11	0,10
	Alicante	381	35,88
	Castellón	83	7,82
	Valencia	598	56,31
Comunidad Valenciana		1.062	9,97
	Badajoz	151	61,89
	Cáceres	93	38,11
Extremadura		244	2,29
	Coruña, A	355	45,22
	Lugo	61	7,77
	Ourense	43	5,48
	Pontevedra	326	41,53
Galicia		785	7,37
	Madrid	2.389	100,00
Madrid		2.389	22,43
	Melilla	7	100,00
Melilla		7	0,07
	Murcia	341	100,00
Murcia		341	3,20
	Navarra	91	100,00
Navarra		91	0,85
	Álava	69	16,24
	Guipúzcoa	87	20,47
	Vizcaya	269	63,29
País Vasco		425	3,99
	Rioja (La)	82	100,00
Rioja (La)		82	0,77
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		10.596	99,49
TOTAL PRESENTADOS FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL		54	0,51
TOTAL		10.650	100,00

El cuadro anterior ofrece una clasificación de las consultas, quejas y reclamaciones en materia de contrato seguro, iniciadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año, atendiendo al domicilio del interesado.

Los escritos presentados han sido clasificados por comunidades autónomas y, dentro de éstas, por provincias. Para cada comunidad autónoma se indica el número de expedientes iniciados y el porcentaje que representa respecto a la cifra total. Para cada provincia se indica el número de expedientes y el porcentaje que representan respecto al total de la comunidad autónoma.

CUADRO A.1.II.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2014
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	5.844	82,03
Entidad Extranjera (Sucursal)	607	8,52
Mutua	480	6,74
Mutualidad de Previsión Social	109	1,53
Entidad Extranjera (L.P.S.)	66	0,93
Otras Formas Jurídicas	11	0,15
Agrupaciones	7	0,10
TOTAL	7.124	100,00

Este cuadro muestra el número total de reclamaciones iniciadas durante el año atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. La distribución de las reclamaciones sigue un esquema similar al de años precedentes.

CUADRO A.1.III.
RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN 2004-2013

AÑO 2004

SEGUROS
- Contratación sin consentimiento. - Prestación asegurada y garantizada. - Retrasos en la reparación de los daños por la entidad aseguradora. - Declaración inicial del riesgo en seguros de hogar. - Declaración inicial del riesgo en seguros de personas. - Conflicto mantenido entre las entidades aseguradoras que cubren la asistencia en carretera y las empresas que prestan esos servicios.
PLANES DE PENSIONES
- Percepción de la prestación por una fundación. - Orden de reducción de cuotas no atendida. - Información sobre la cuantía de los derechos económicos del beneficiario. - Contratación por jubilado que ya había sido beneficiario de un plan de pensiones. - Movilización de derechos consolidados sin conocimiento ni consentimiento del partícipe. - Jubilado por la propia entidad con la que contrata el plan de pensiones.

AÑO 2005

SEGUROS
- Designación de beneficiarios en un seguro de vida. - Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado. - Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro. - No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro. - Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados. - No abono de gastos de localización de siniestros. - Interpretación de la póliza. - Seguro de vida para caso de fallecimiento en que la asegurada y beneficiaria son la misma persona.
PLANES DE PENSIONES
- Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos. - Plan de pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación. - Jubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera. - Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones. - Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable. - Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.
MEDIACIÓN
Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.

AÑO 2006

SEGUROS
- Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. - Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. - Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida. - Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir. - Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida. - Información relativa a valores de rescate en seguros de vida. - Denegación de cobertura por falta de conservación de la pieza dañada. - Imposición de una prima única en la contratación de un seguro de vida ligado a un préstamo hipotecario. - Denegación de cobertura de los accesorios de un vehículo. - Gastos realizados para aminorar las consecuencias del siniestro. (Similar al caso 5/2005 del informe del año 2005) - Publicidad sobre interés garantizado.
PLANES DE PENSIONES
- Errores de la entidad. - Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe. - Falta de información debida. - Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada.
MEDIACIÓN
- Asesoramiento incorrecto. - No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor. - Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO
Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

AÑO 2007

SEGUROS	
1.	Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico.
2.	Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles.
3.	Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.
4.	Falta de defensa de los intereses del reclamante.
5.	Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.
6.	Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.
7.	Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.
8.	Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.
9.	Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
10.	Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
11.	Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.
12.	Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.
13.	Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.
14.	Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.
PLANES DE PENSIONES	
15.	Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar.
16.	Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.
MEDIACIÓN	
17.	Denegación del siniestro por un corredor.
18.	Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO	
19.	Falta de información relativa al producto contratado.
20.	Comercialización de un seguro de protección de pago y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario.
21.	Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado.
22.	No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones.
23.	Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.

AÑO 2008

SEGUROS	
Seguros de daños.	
1.	Interpretación de la cláusula de robo de un seguro combinado de comercios.
2.	Imposición del resultado de un procedimiento arbitral a un asegurado que no es parte en el mismo.
3.	Conflicto de intereses en un seguro de responsabilidad civil.
4.	Denegación de la cobertura de daños estéticos.
5.	Exigencia de la franquicia con posterioridad a la firma de un finiquito.
6.	Sobreseguro en operaciones de financiación.
Seguros de personas.	
7.	Denegación del pago de la prestación de incapacidad transitoria por enfermedad preexistente.
8.	Rechazo de aportaciones adicionales previstas en el contrato.
9.	Estimaciones de la participación en beneficios.
10.	Reasignaciones de los fondos en un seguro unit link.
11.	Falta de definición del valor de rescate en la póliza.
12.	Denegación de la cobertura por enfermedad preexistente no diagnosticada.
13.	Rechazo de pruebas diagnósticas en una póliza de enfermedad.
14.	Incremento anual de prima en una póliza de enfermedad por inclusión de nuevas coberturas.
15.	Rechazo del tratamiento prescrito por tratarse de una nueva técnica no prevista en el contrato.
16.	Incrementos de primas en un seguro de decesos.
17.	Falta de adecuación a la Ley Orgánica para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
PLANES DE PENSIONES	
18.	Contratación de un plan de pensiones sin autorización del partícipe.
19.	Incumplimiento de plazos en el pago de la prestación de un plan de pensiones.
20.	Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por enfermedad preexistente.
MEDIACIÓN	
21.	Asistencia y asesoramiento inadecuado en la tramitación de un siniestro.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO	
22.	Comercialización de seguros de alto riesgo a personas con un perfil inversor adverso al riesgo.
23.	Incumplimiento de la obligación de entregar la póliza de seguro.

AÑO 2009

SEGUROS	
Seguros de personas	
1.	Denegación del pago de la prestación de la incapacidad reclamada y rescisión de la póliza.
2.	Incumplimiento del deber de entregar la nota informativa previa a la contratación de un seguro de vida.
3.	Incumplimiento del contenido obligatorio de la nota informativa previa.
4.	Rechazo no justificado del pago de la prestación por incapacidad temporal.
5.	Cálculo del valor de reducción en un seguro de vida.
6.	Movilización de un plan de previsión asegurado.
7.	Devolución de prima no consumida a persona distinta del tomador del contrato.
8.	Seguro unit link en el que no se recogen todos los gastos inherentes a la operación.
9.	Inadecuada actuación de la entidad aseguradora en un seguro de vida unit link invertido en un bono emitido por Lehman Brothers.
10.	Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente no declarada en el cuestionario.
11.	Denegación de la cobertura de decesos.
Seguros de daños	
12.	Cálculo de una indemnización por interrupción de un viaje en un seguro de asistencia.
13.	Devolución de la prima no consumida en un seguro a prima única vinculado a un préstamo.
14.	Denegación parcial de la garantía de robo en un contrato de seguro multirriesgo empresarial.
15.	Inadecuada tramitación de un siniestro de responsabilidad civil en un seguro multirriesgo de comunidades.
16.	Denegación parcial del importe de una factura dentro de la garantía de asistencia en el hogar.
17.	Interpretación de una póliza de responsabilidad civil.
18.	Suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica en un contrato de seguro multirriesgo de comercio.
MEDIACION	
19.	Asistencia y asesoramiento inadecuados en la tramitación de un siniestro.
PLANES DE PENSIONES	
20.	Comercialización de planes con garantía financiera a largo plazo para partícipes próximos a la jubilación.
21.	Disminución del valor de los derechos consolidados e información trimestral de la evolución del plan de pensiones.
22.	Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por desempleo preexistente.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO	
23.	Comercialización de distintos productos al contratar un préstamo hipotecario.

AÑO 2010

SEGUROS	
Seguros de personas	
1.	Falta de claridad en la definición de los valores de rescate en un seguro de vida.
2.	Concesión de un préstamo personal para contratar un seguro unit link.
3.	Aclaración de la liquidación de una indemnización de un contrato de seguro de vida para caso de fallecimiento.
4.	Cuestionario de salud.
5.	Negativa a abonar la indemnización al beneficiario de un seguro de vida por falta de firma de la póliza.
6.	Incremento desproporcionado de la prima en un seguro de enfermedad.
7.	Cómputo del plazo para indemnizar una incapacidad temporal.
8.	Incumplimiento del deber de entrega de la nota informativa previa en el seguro de decesos.
9.	Rechazo del pago de la prestación de una póliza de decesos.
Seguros de daños	
10.	Indemnización en un seguro de robo.
11.	Incorrecta aplicación de la regla proporcional en caso de infraseguro.
12.	Indemnización por robo de un vehículo.
13.	Alcance de la indemnización por responsabilidad civil al perjudicado.
14.	Falta de oferta motivada.
15.	Garantía de defensa jurídica condicionada a la reparación del vehículo.
16.	Denegación del coste de un vehículo de alquiler en la cobertura de asistencia en viaje.
MEDIACION	
17.	Rechazo del siniestro por el corredor de seguros.
18.	Contratación de un seguro sin consentimiento del tomador.

PLANES DE PENSIONES
19. Impedimento de la movilización de un plan de pensiones hasta que el partícipe devuelva la bonificación. 20. Contratación de un plan de pensiones sin consentimiento del titular.

AÑO 2011

SEGUROS
Seguros de personas - Interpretación de una exclusión recogida en la póliza. - Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación. - Modificación de las condiciones inicialmente pactadas. - Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado. - Inexactitudes en el cuestionario de salud.
Seguros de daños - Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos. - Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar. - Falta de oferta motivada. - Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor. - Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos. - Clausula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.
MEDIACION
12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.
PLANES DE PENSIONES
- Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones. - No cobertura de la incapacidad permanente reconocida antes de la contratación del plan de pensiones. - Retraso en la movilización de derechos consolidados. Los sábados se consideran días hábiles a efectos de movilizaciones.

AÑO 2012

SEGUROS
Seguros de personas - Rechazo del pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad preexistente. - Inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal. - Rechazo de cobertura de intervención quirúrgica por aplicación de nuevas técnicas. - Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud.
Seguros de daños - Interpretación de una exclusión recogida en la póliza. - Oposición a la prórroga. - Gastos por desistimiento en la contratación a distancia. - Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro. - Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.
MEDIACION
10. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.
PLANES DE PENSIONES

12. Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.
13. Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.
14. Movilización realizada sin consentimiento del titular.

AÑO 2013

SEGUROS	
Seguros de personas	
1	Insuficiencia de suma asegurada en un seguro de decesos cuando la entidad se obliga en la póliza a actualizar dicha suma.
2	Rechazo de cobertura por comunicación tardía de un siniestro en un seguro de enfermedad.
3	Rescisión de un contrato de asistencia sanitaria durante la realización de un tratamiento médico.
4	Inadmisión por tratarse de una cuestión que requiere la valoración de expertos con conocimientos médicos
Seguros de daños	
5	Tramitación de siniestros a través de Convenios.
6	Robo de vehículo y recuperación fuera del plazo previsto en la póliza.
7	Interpretación de una cláusula de un seguro de responsabilidad civil.
8	Inadmisión por requerirse valoración pericial en un seguro de incendios
MEDIACION	
9	Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.
PLANES DE PENSIONES	
10	Solicitud de rescate por situación de desempleo preexistente a la contratación del plan de pensiones
11	Constitución de una garantía sobre los derechos consolidados de un plan de pensiones y sus efectos sobre el ejercicio del derecho de movilización.
12	Valoración de los derechos consolidados a efectos de movilización. Pérdida de la garantía financiera externa.

CUADRO A.1.IV. DOCUMENTACIÓN RECIBIDA POR VÍA TELEMÁTICA

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
Enero	11	51	14	403
Febrero	12	50	23	504
Marzo	21	61	18	515
Abril	13	42	29	458
Mayo	6	42	22	554
Junio	18	60	47	541
Julio	6	28	17	509
Agosto	6	21	5	187
Septiembre	10	55	19	297
Octubre	5	46	44	611
Noviembre	3	35	29	537
Diciembre	3	22	24	624

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
TOTAL 2014	114	513	291	5.740
TOTAL 2013	123	546	235	5.304

CUADRO A.1.VI.
ENTIDADES ADHERIDAS A LAS COMUNICACIONES TELEMÁTICAS

CÓDIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
G0233	ABANTE PENSIONES E.G.F.P, S. A.
G0230	AEGON ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0796	AEGON SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0795	AEGON SANTANDER VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
E0202	AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA
G0172	AGRUPACIÓN PENSIONES ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES, S. A. U. E.G.F.P
C0692	AIDE ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0003	ALIANZA MEDICA DEL COMERCIO Y DE LA INDUSTRIA, S.A. CIA DE SEGUROS
C0109	ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
G0088	ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U. E.G.F.P
C0688	ALLIANZ POPULAR VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL
C0341	ARESA SEGUROS GENERALES, S.A
C0001	ASEGURADORES AGRUPADOS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0711	AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0730	AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0177	AXA PENSIONES,S.A., E.G.F.P.
C0723	AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0724	AXA VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0229	BANCO GALLEGO VIDA Y PENSIONES , S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL
C0800	BANCO GALLEGO VIDA Y PENSIONES , SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0021	BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0778	BANKIA MAPFRE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0610	BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0006	BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0085	BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0557	BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0502	BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0026	BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
G0015	BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0038	CAHISPA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS GENERALES

CÓDIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
C0584	CAHISPA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS DE VIDA
C0618	CAIXA DE BARCELONA SEGUROS DE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0799	CAIXANOVA VIDA Y PENSIONES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0226	CAIXANOVA VIDA Y PENSIONES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0798	CAJACANARIAS ASEGURADORA DE VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
G0228	CAJACANARIAS ASEGURADORA DE VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
G0071	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
C0787	CAJASOL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0792	CAJASOL VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0227	CAJASOL VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0652	CASER MEDITERRÁNEO SEGUROS GENERALES, S.A.
G0219	CASER PENSIONES, ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES S.A.
C0605	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D"ASEGURANCES I REASEGURANCES
G0210	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D"ASEGURANCES I REASEGURANCES
C0727	CATOC VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0626	CCM VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
G0048	CCM VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0716	CISNE ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (EN LIQUIDACIÓN)
C0764	CLICKSEGUROS, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.(SOCIEDAD UNIPERSONAL)
C0048	COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.
C0554	COSALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
C0731	DEPSA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0187	DEUTSCHE ZURICH PENSIONES, E.G.F.P.
C0247	DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.
G0166	DUERO PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
G0010	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0072	GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0037	GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0157	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0213	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0079	IBERCAJA PENSION, S.A., E.G.F.P.
C0467	LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0720	LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0058	MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0782	MAPFRE SEGUROS DE EMPRESAS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0121	MAPFRE VIDA PENSIONES, E.G.F.P.
C0511	MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
C0766	MEDITERRANEO SEGUROS DIVERSOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0677	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS

CÓDIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
G0144	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0781	MM GLOBALIS, S.A.U. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0786	MM HOGAR SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS
E0182	MONDIAL ASSISTANCE EUROPE NV SUC ESPAÑA
M0124	MUTUALIDAD ARROCERA DE SEGUROS A PRIMA FIJA
M0140	MUTUALIDAD DE LEVANTE, ENTIDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
P3141	MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA DEL COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS NAVALES Y OCEÁNICOS
P2381	MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA
M0083	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0110	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0741	PELAYO ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0693	PELAYO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0151	PELAYO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0517	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0051	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0131	RGA RURAL PENSIONES, S. A. EGFP E.G.F.P
C0595	RGA RURAL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0616	RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0320	SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
G0012	SA NOSTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.
C0643	SA NOSTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.
C0174	SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0124	SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0468	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0204	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0619	SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A.
C0697	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.
G0154	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, S.A.
C0683	SEGUROS LAGUN ARO VIDA, S.A.
M0191	SOLISS, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0601	UNION DEL DUERO, COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.
C0611	VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0021	VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0530	ZURICH ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
E0189	ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA
C0039	ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

ANEXO 2. LEGISLACIÓN APLICABLE EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO Y AL PARTÍCIPE EN PLANES DE PENSIONES.

A) Normativa general de protección.

- **Ley 44/2002**, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (Capítulo V relativo a la protección de clientes de servicios financieros.)
- **Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre**, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- **Orden ECO/734/2004**, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- **Real Decreto Legislativo 1/2007**, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- **Ley 22/2007**, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- **Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.**
- **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Resolución** de 23 de julio de 2014, de la Subsecretaría, por la que se aprueban nuevos procedimientos, trámites y comunicaciones en el ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.

B) Seguros, en general.

- **Ley 50/1980**, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- **Real Decreto Legislativo 6/2004**, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados.
- **Ley 20/2005**, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- **Real Decreto 398/2007**, de 23 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento.
- **Real Decreto 2486/1998**, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

C) Seguros de vehículos a motor.

- *Real Decreto Legislativo 8/2004*, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.
- *Real Decreto 1507/2008*, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor.

D) Mediación en seguros.

- *Ley 26/2006*, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados.

E) Planes y fondos de pensiones.

- *Real Decreto Legislativo 1/2002*, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.
- *Real Decreto 304/2004*, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.
- *Real Decreto 1588/1999*, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios.