

# SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

**Informe anual del  
Servicio de  
Reclamaciones  
2011**



MINISTERIO DE  
ECONOMÍA Y  
COMPETITIVIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE ECONOMÍA Y APOYO A LA  
EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SEGUROS Y FONDOS DE  
PENSIONES

**INFORME DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES  
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES  
2011**

**ÍNDICE**

**PRESENTACIÓN.**

**CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2011.**

- 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 de planes de pensiones 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.**

**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 2011 clasificados por tipos.
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2011.

### Seguros.

- V. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2011.
- VI. Expedientes iniciados en 2011 clasificados territorialmente.
- VII. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2011 clasificadas por ramos o agrupaciones.
- VIII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2011 atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VIII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2011 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación.
- IX. Consultas resueltas en 2011 atendiendo a la materia objeto de la consulta.
- X. Quejas resueltas en 2011 atendiendo a la materia objeto de la queja.
- XI. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2011 según la forma jurídica de la entidad reclamada.
- XII.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2011.
- XII.2 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones iniciadas en 2011 en relación con el volumen de primas.
- XII.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2011 en relación con el número de reclamaciones iniciadas
- XIII. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2011 y análisis de la forma de terminación.

### Mediación.

- XIV. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas en 2011.
- XV. Reclamaciones de mediación resueltas en 2011 clasificadas por asuntos.
- XVI. Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2011.

### Planes de Pensiones.

- XVII. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas en 2011.
- XVIII. Reclamaciones resueltas en 2011 clasificadas por asuntos.
- XIX. Gestoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2011.
- XX. 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 2011.

### Unidad de Atención al Público.

- XXI. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público en 2011.
- XXII. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público clasificadas por ramos.

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

- XXIII. Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2011.
- XXIV. Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.

### Expedientes de especial interés.

- XXV. Relación de expedientes de especial interés publicados, años 2004-2011.

### Vía Telemática.

- XXVI. Documentación recibida por vía telemática.
- XXVII. 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 2011. Este Servicio es el Departamento de esta 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 2011, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, mediación y planes de pensiones. Destaca el incremento del número de expedientes resueltos durante el año, que alcanzan las mayores cifras desde la creación del Servicio de Reclamaciones, muestra del esfuerzo realizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para poder dar un mejor servicio a los ciudadanos. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número de **expedientes iniciados** durante el año 2011 ha disminuido en un 4,27% respecto al año anterior, elevándose la cifra total de expedientes iniciados a 9.778. La disminución es de un 4,59% en lo que se refiere a reclamaciones frente a entidades aseguradoras; en planes de pensiones existe una disminución del 17,86%.
- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 10.406. Esta cifra, que supone un incremento del 8,69% sobre el número de expedientes resueltos el año 2010, es un máximo histórico que refleja el esfuerzo adicional realizado por el Servicio de Reclamaciones para poder afrontar el crecimiento del número de expedientes de los últimos años.
- Respecto al **sentido de los informes** con los que finalizan de los expedientes de reclamación, un 39,67% terminó con un informe favorable a la entidad, un 26,76% con un informe favorable al interesado y en el restante 33,57% 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 40,28% se ha resuelto a favor del reclamante y el 59,72% 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 2011, 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, los 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 2011, 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 un acuerdo con el Ministerio de Educación, habiéndose llevado a cabo en el curso 2010-2011 un programa piloto en varios centros educativos para introducir la materia "Educación Financiera" en el Sistema Educativo.

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

## CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2011

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 2011.

En 2011, el Servicio de Reclamaciones publicó un avance de las cifras correspondientes al primer semestre del año, por lo que con este informe se detalla y completa la información de la totalidad del año.

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 XIII, contiene las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.
- El tercero, cuadros XIV a XVI, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas frente a corredores y corredurías de seguros.
- El cuarto, cuadros XVII al XX, contiene las cifras de los expedientes relacionados con planes y fondos de pensiones.
- El quinto y último comprende los cuadros XXI y XXII; en él se hace referencia a las cifras de la actividad 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 2011, 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 2011, independientemente de que se iniciaran en 2011 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 2011.

**CUADRO I.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS**

PERÍODO	2009	2010	2011
Enero	554	592	740
Febrero	810	803	913
Marzo	816	977	1.072
Abril	675	905	946
Mayo	765	1.014	961
Junio	985	983	893
Julio	709	717	567
Agosto	604	697	648
Septiembre	606	611	646
Octubre	1.099	1.063	912
Noviembre	1.035	1.021	846
Diciembre	738	842	644
<b>TOTALES</b>	<b>9.396</b>	<b>10.225</b>	<b>9.788</b>

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 2011 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. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 9.876 expedientes iniciados en 2011, frente a los 10.452 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	403	11	3	4	16	2	301	740
Febrero	561	14	7	17	6	2	306	913
Marzo	596	15	12	15	12	2	420	1.072
Abril	539	13	7	9	8	1	369	946
Mayo	627	17	4	23	7	3	280	961
Junio	518	16	2	13	10	1	333	893

Julio	377	9	2	22	10	2	145	567
Agosto	340	15	3	20	7	2	261	648
Septiembre	390	16	6	16	6	2	210	646
Octubre	543	17	6	32	12	0	302	912
Noviembre	506	13	6	15	16	1	289	846
Diciembre	354	5	4	36	13	0	232	644
<b>TOTAL 2011</b>	<b>5.754</b>	<b>161</b>	<b>62</b>	<b>222</b>	<b>123</b>	<b>18</b>	<b>3.448</b>	<b>9.788</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>6.031</b>	<b>196</b>	<b>102</b>	<b>210</b>	<b>128</b>	<b>29</b>	<b>3.529</b>	<b>10.225</b>
<b>DIFERENCIA</b>	<b>-277</b>	<b>-35</b>	<b>-40</b>	<b>12</b>	<b>-5</b>	<b>-11</b>	<b>-81</b>	<b>-437</b>
<b>% VARIACION</b>	<b>-4,59</b>	<b>-17,86</b>	<b>-39,22</b>	<b>5,71</b>	<b>-3,91</b>	<b>-37,93</b>	<b>-2,30</b>	<b>-4,27</b>

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2011. 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 2011. Como anteriormente se ha comentado, los **expedientes resueltos** se corresponden con aquellos cuya tramitación ha finalizado en el presente ejercicio, independientemente de que se iniciaran en el año 2011 o en años anteriores.

**CUADRO III.  
EXPEDIENTES RESUELTOS AL CIERRE DE 2011  
CLASIFICADOS POR TIPOS**

TIPO DE EXPEDIENTE	TOTAL RESUELTOS EN 2011		
	INICIADOS ANTES DE 01/01/2011	INICIADOS EN 2011	TOTAL
Reclamación de seguros	4.483	1.894	6.377
Reclamación de planes	110	79	189
Reclamación de mediadores	57	14	71
Consulta	40	145	185
Consulta planes	13	102	115
Queja	13	8	21
Escritos no admitidos	0	3.448	3.448
<b>TOTAL</b>	<b>4.716</b>	<b>5.690</b>	<b>10.406</b>

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 2011 y los iniciados en años anteriores.

**CUADRO IV.  
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2011**

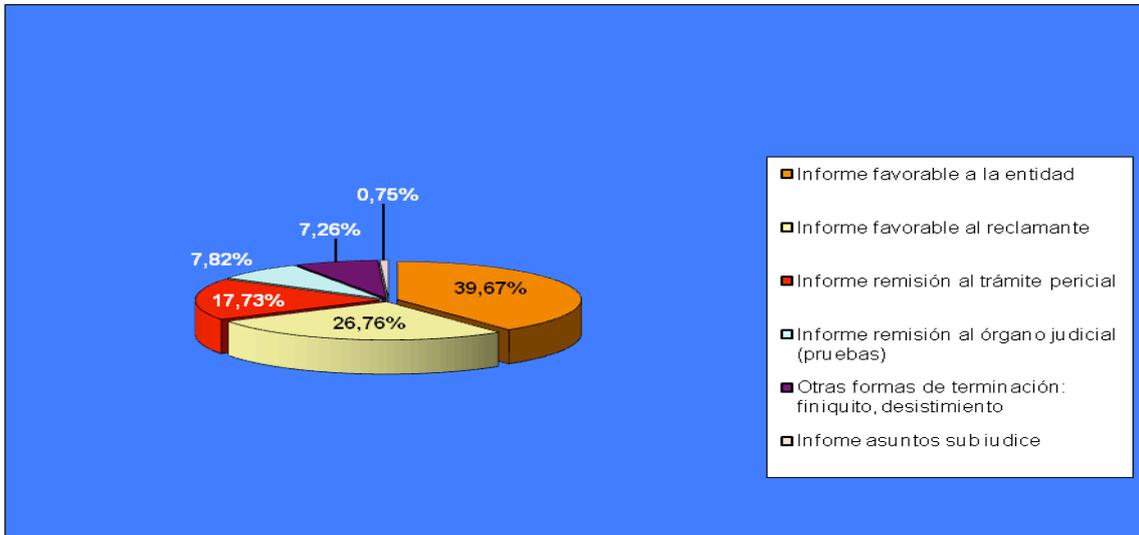
RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
<b>1) Reclamaciones</b>		<b>6.637</b>	<b>63,78</b>
Informe favorable a la entidad	2.633		
Informe favorable al reclamante	1.776		
Informe remisión al trámite pericial	1.177		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	519		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	482		
Informe asuntos sub iudice	50		
<b>2) Escritos no admitidos</b>		<b>3.448</b>	<b>33,13</b>
No cumple requisitos para abrir expediente	2.651		
Solicitud ampliación información	424		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	120		
Falta de firma u otros requisitos formales	96		
No competente con traslado Banco España	47		
No competente con traslado a otros órganos	39		
No competente por gran riesgo	38		
No legitimado	29		
No competentes con traslado CNMV	4		
<b>TOTAL RECLAMACIONES</b>		<b>10.085</b>	
<b>CONSULTAS</b>			
<b>3) Resolución de consultas</b>		<b>300</b>	<b>2,88</b>
<b>QUEJAS</b>			
<b>4) Resolución de quejas</b>		<b>21</b>	<b>0,20</b>
<b>EXPEDIENTES TERMINADOS</b>		<b>10.406</b>	<b>100,00</b>

El cuadro IV ofrece un análisis completo de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2011.

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.
- La segunda, se refiere al número total de expedientes no admitidos por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura de un procedimiento de consulta, queja o reclamación y a las causas que motivan su no admisión.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas referentes a contratos de seguros y planes de pensiones y las quejas resueltas durante el año 2011.

## RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN



Por su forma de terminación los **expedientes de reclamación** se clasifican de la siguiente manera:

- La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad**, es decir, desestimando la pretensión del reclamante.
- Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante**. Si se descompone ese porcentaje, un 16,20% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 10,56% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste.
- 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. 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.
- 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**. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.
- El apartado de “**otras formas de terminación**” recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante y las que se resuelven indicando que existe la firma de un finiquito anterior a la interposición de la reclamación.
- Por último, las 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**. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.

Los **escritos que no fueron admitidos a trámite** son aquellos que no cumplían los requisitos formales o de competencia establecidos en la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros. En la segunda parte del cuadro IV se indican las diferentes causas que motivan la no admisión. 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 su motivación o 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. Asimismo, otros supuestos de no admisión se refieren a la falta de firma, falta de acreditación de la representación, en caso de que se actúe por medio de representante, 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 2011**

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	403	287	4	5	2	0	701
Febrero	561	295	17	2	2	0	877
Marzo	596	391	15	13	2	1	1.018
Abril	539	351	9	7	1	0	907
Mayo	627	260	23	10	3	4	927
Junio	518	318	13	2	1	4	856
Julio	377	139	22	1	2	0	541
Agosto	340	244	20	7	2	2	615
Septiembre	390	201	16	4	2	0	613
Octubre	543	282	32	15	0	0	872
Noviembre	506	267	15	9	1	0	798
Diciembre	354	217	36	10	0	0	617
<b>TOTAL 2011</b>	<b>5.754</b>	<b>3.252</b>	<b>222</b>	<b>85</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>9.342</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>6.031</b>	<b>3.325</b>	<b>210</b>	<b>104</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>9.702</b>
<b>DIFERENCIA</b>	<b>-277</b>	<b>-73</b>	<b>12</b>	<b>-19</b>	<b>-11</b>	<b>8</b>	<b>-360</b>
<b>% VARIACION</b>	<b>-4,59</b>	<b>-2,20</b>	<b>5,71</b>	<b>-18,27</b>	<b>-37,93</b>	<b>266,67</b>	<b>-3,71</b>

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2011 clasificados por tipos.

**CUADRO VI.  
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2011 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE**

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Almería	95	6,67
	Cádiz	243	17,06
	Córdoba	129	9,06
	Granada	158	11,10
	Huelva	81	5,69
	Jaén	80	5,62
	Málaga	272	19,10
	Sevilla	366	25,70
<b>Andalucía</b>		<b>1.424</b>	<b>15,24</b>

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Huesca	17	6,88
	Teruel	31	12,55
	Zaragoza	199	80,57
<b>Aragón</b>		<b>247</b>	<b>2,64</b>
	Asturias	206	100,00
<b>Asturias</b>		<b>206</b>	<b>2,21</b>
	Illes Balears	151	100,00
<b>Baleares</b>		<b>151</b>	<b>1,62</b>
	Palmas (Las)	187	47,95
	Santa Cruz de Tenerife	203	52,05
<b>Canarias</b>		<b>390</b>	<b>4,17</b>
	Cantabria	143	100,00
<b>Cantabria</b>		<b>143</b>	<b>1,53</b>
	Albacete	51	13,25
	Ciudad Real	119	30,91
	Cuenca	32	8,31
	Guadalajara	45	11,69
	Toledo	138	35,84
<b>Castilla la Mancha</b>		<b>385</b>	<b>4,12</b>
	Ávila	31	6,47
	Burgos	65	13,57
	León	100	20,88
	Palencia	26	5,43
	Salamanca	47	9,81
	Segovia	29	6,05
	Soria	9	1,88
	Valladolid	135	28,18
	Zamora	37	7,72
<b>Castilla y León</b>		<b>479</b>	<b>5,13</b>
	Barcelona	787	76,63
	Girona	81	7,89
	Lleida	32	3,12
	Tarragona	127	12,37
<b>Cataluña</b>		<b>1.027</b>	<b>10,99</b>
	Ceuta	7	100,00
<b>Ceuta</b>		<b>7</b>	<b>0,07</b>
	Alicante	351	38,19
	Castellón	69	7,51
	Valencia	499	54,30
<b>Comunidad Valenciana</b>		<b>919</b>	<b>9,84</b>
	Badajoz	96	55,49
	Cáceres	77	44,51
<b>Extremadura</b>		<b>173</b>	<b>1,85</b>

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Coruña, A	266	50,09
	Lugo	44	8,29
	Ourense	40	7,53
	Pontevedra	181	34,09
<b>Galicia</b>		<b>531</b>	<b>5,68</b>
	Madrid	2.377	100,00
<b>Madrid</b>		<b>2.377</b>	<b>25,44</b>
	Melilla	7	100,00
<b>Melilla</b>		<b>7</b>	<b>0,07</b>
	Murcia	224	100,00
<b>Murcia</b>		<b>224</b>	<b>2,40</b>
	Navarra	87	100,00
<b>Navarra</b>		<b>87</b>	<b>0,93</b>
	Álava	89	19,73
	Guipúzcoa	87	19,29
	Vizcaya	275	60,98
<b>País Vasco</b>		<b>451</b>	<b>4,83</b>
	Rioja (La)	70	100,00
<b>Rioja (La)</b>		<b>70</b>	<b>0,75</b>
<b>TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL</b>		<b>9.298</b>	<b>99,53</b>
<b>TOTAL FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL</b>		<b>44</b>	<b>0,47</b>
<b>TOTAL</b>		<b>9.342</b>	<b>100,00</b>

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 VII.  
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2011  
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2011	% S/TOTAL 2011	TOTAL 2010	% SOBRE TOTAL 2010	DIFERENCIA 2011-2010
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	1.914	33,26	1.928	31,97	-14
Enfermedad	759	13,19	922	15,29	-163
Vida	666	11,57	660	10,94	6
Vehículos terrestres	658	11,44	621	10,30	37

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2011	% S/TOTAL 2011	TOTAL 2010	% SOBRE TOTAL 2010	DIFERENCIA 2011-2010
Defensa jurídica	494	8,59	505	8,37	-11
Perdidas pecuniarias diversas	406	7,06	483	8,01	-77
Accidentes	287	4,99	268	4,44	19
Responsabilidad civil general	257	4,47	267	4,43	-10
Decesos	193	3,35	227	3,76	-34
Asistencia	120	2,09	150	2,49	-30
<b>TOTAL</b>	<b>5.754</b>	<b>100,00</b>	<b>6.031</b>	<b>100,00</b>	<b>-277</b>

El cuadro VII contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2011.

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 incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes.

**CUADRO VIII.1**  
**RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2011**  
**ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN**

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	244	32,80
Solicitud y proposición	106	14,25
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	78	10,48
Impago de la prima	61	8,20
Declaración del riesgo al firmar el contrato	59	7,93
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	40	5,38
Modificaciones del contrato	33	4,44
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	31	4,17
Seguro de vida. Consentimiento de las partes	23	3,09
Regulación del beneficiario	19	2,55
Intereses de demora	10	1,34
Texto Refundido Ley Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados	8	1,08
Prescripción	3	0,40
Resolución unilateral seguro de vida	3	0,40
Capital y sumas aseguradas	3	0,40
Inexactitud en la declaración de la edad	2	0,27
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	2	0,27
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	2	0,27
Otras materias	17	2,28
<b>TOTAL</b>	<b>744</b>	<b>11,67</b>

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	253	77,13
Solicitud y proposición	12	3,66
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	12	3,66
Declaración del riesgo al firmar el contrato	10	3,05
Seguro de accidentes	7	2,13
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	7	2,13
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	4	1,22
Impago de la prima	4	1,22
Intereses de demora	3	0,91
Seguros colectivos falta de información entre partes	3	0,91
Modificaciones del contrato	2	0,61
Acción directa frente a la compañía	2	0,61
Otras materias	9	2,74
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>	<b>5,14</b>

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	410	45,81
Modificaciones del contrato	134	14,97
Declaración del riesgo al firmar el contrato	132	14,75
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	78	8,72
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	36	4,02
Solicitud y proposición	29	3,24
Impago de la prima	24	2,68
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	21	2,35
Intereses de demora	2	0,22
Prescripción	2	0,22
Contenido mínimo del contrato	2	0,22
Declaración del siniestro	2	0,22
Otras materias	23	2,57
<b>TOTAL</b>	<b>895</b>	<b>14,03</b>

RAMOS 3 Y 10.- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	141	20,95
Impago de la prima	91	13,52
Seguro de robo	82	12,18
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	80	11,89
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	63	9,36
Acción directa frente a la compañía	43	6,39
Modificaciones del contrato	40	5,94
Solicitud y proposición	27	4,01

<b>RAMOS 3 Y 10.- VEHÍCULOS TERRESTRES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Seguro obligatorio del automóvil	22	3,27
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	18	2,67
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	17	2,53
Declaración del siniestro	8	1,19
Declaración del riesgo al firmar el contrato	7	1,04
Derecho libre elección de abogado y procurador	6	0,89
Contenido mínimo del contrato	6	0,89
Transmisión objeto asegurado	6	0,89
Agravación y disminución del riesgo	4	0,59
Defensa del responsable	3	0,45
Otras materias	9	1,34
<b>TOTAL</b>	<b>673</b>	<b>10,55</b>

<b>RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	1.402	69,86
Seguro de robo	212	10,56
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	112	5,58
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	52	2,59
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	51	2,54
Infraseguro y sobreseguro	43	2,14
Modificaciones del contrato	27	1,35
Solicitud y proposición	26	1,30
Impago de la prima	24	1,20
Declaración del riesgo al firmar el contrato	11	0,55
Agravación y disminución del riesgo	7	0,35
Intereses de demora	5	0,25
Declaración del siniestro	5	0,25
Coaseguro	5	0,25
Derecho libre elección de abogado y procurador	3	0,15
Contenido mínimo del contrato	3	0,15
Otros	3	0,15
Riesgos extraordinarios y grandes riesgos	2	0,10
Tomador	2	0,10
Texto refundido Ley Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados	2	0,10
Otras materias	10	0,50
<b>TOTAL</b>	<b>2.007</b>	<b>31,47</b>

<b>RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Acción directa frente a la compañía	111	35,92
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	106	34,30

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Defensa del responsable	55	17,80
Seguro de responsabilidad civil	17	5,50
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	6	1,94
Modificaciones del contrato	2	0,65
Solicitud y proposición	2	0,65
Impago de la prima	2	0,65
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	2	0,65
Derechos de terceros en la indemnización	2	0,65
Otras materias	4	1,29
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>4,85</b>

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	529	87,15
Solicitud y proposición	25	4,12
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	19	3,13
Impago de la prima	10	1,65
Declaración del riesgo al firmar el contrato	7	1,15
Prescripción	5	0,82
Modificaciones del contrato	5	0,82
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	4	0,66
Otras materias	3	0,49
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>9,52</b>

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Derecho libre elección de abogado y procurador	403	96,88
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	9	2,16
Otras materias	4	0,96
<b>TOTAL</b>	<b>416</b>	<b>6,52</b>

RAMO 18 .- ASISTENCIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	172	92,47
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	3	1,61
Seguro de robo	3	1,61
Intereses de demora	2	1,08
Solicitud y proposición	2	1,08
Otras materias	4	2,15
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>2,92</b>

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Modificaciones del contrato	58	27,36
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	50	23,58
Capital y sumas aseguradas	33	15,57
Impago de la prima	19	8,96
Declaración del riesgo al firmar el contrato	7	3,30
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	1,89
Coaseguro	4	1,89
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	3	1,42
Solicitud y proposición	3	1,42
Otras materias	31	14,62
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>3,32</b>

TODOS LOS RAMOS		
<b>TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2011</b>	<b>6.377</b>	<b>100,00</b>

El cuadro VIII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2011, 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: 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. 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, siendo éstas comunes prácticamente en todos los ramos.

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 2011 las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida** vinieron motivadas principalmente por 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.

El segundo motivo de reclamación se origina durante el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación de los seguros de vida. 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 ofrecida, 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 asuma el riesgo de la inversión o seguros cuyo valor esté referenciado al valor de unos activos vinculados, sin un asesoramiento adecuado y profesional del mediador que comercializa el producto. En este sentido, es fundamental incidir en la formación y capacitación de quienes ofrecen en el mercado este tipo de productos.

Las reclamaciones resueltas en el ramo de vida relativas a los derechos de rescate, reducción y anticipo del tomador han supuesto un 10,48% respecto del total. Su origen se debe principalmente a desacuerdos con los importes percibidos, que no coinciden con lo aportado inicialmente, por existir pérdidas, penalizaciones o gastos, de los que, los tomadores manifiestan, no fueron debidamente advertidos.

Las reclamaciones relativas al impago de la prima siguen destacando en el ramo de vida, 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.

Otro de los motivos que ha generado un elevado número de reclamaciones en el ramo de vida 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 3,66% de las reclamaciones resueltas en este ramo, está relacionado con la solicitud y proposición del contrato y las discrepancias con las condiciones finalmente recogidas en la póliza. Igual porcentaje representan las reclamaciones relativas a la valoración del siniestro, fundamentalmente aquéllas en que las partes no llegan a un acuerdo sobre la determinación del grado de invalidez de acuerdo con el baremo recogido en el condicionado. En este supuesto procede la remisión a las partes al trámite de peritos médicos previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

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 actuarialmente 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.

Destacan, como en el ramo de vida, 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 por razones de edad o de siniestralidad del asegurado, da lugar 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 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 Real Decreto 2486/1998, de 20 noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. 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 la divergencia en la aplicación e interpretación de las cláusulas del contrato, así como los asuntos relacionados con el pago de la prima, la cobertura de robo, el derecho de oposición a la prórroga por cualquiera de las partes del contrato y las discrepancias en cuanto a la valoración de los daños. Además, hay que destacar las reclamaciones que se refieren a la denominada acción directa, esto es, el derecho que reconoce la ley al perjudicado de reclamar directamente frente a la compañía aseguradora del causante del daño.

En relación con lo anterior, conviene destacar que la aplicación de los convenios entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia entidad aseguradora, en vez de por la del causante del accidente, crea una cierta confusión a los perjudicados, pues en muchas ocasiones éstos dirigen la reclamación frente a su compañía generalmente por discrepancias en la valoración del siniestro; en estos casos, la garantía que debería operar es la de defensa jurídica y no la de daños.

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 69,86% 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 o por la valoración de los daños. En menor número se plantearon reclamaciones relacionadas con el derecho de oposición a la prórroga del contrato por cualquiera de las partes.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, casi el 36% de los expedientes resueltos versan sobre el ejercicio de la acción directa del perjudicado frente a la entidad aseguradora de la responsabilidad civil. Destacan también por su número las reclamaciones que derivan de 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.

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 87,15%. 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 “seguro 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 creen 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 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 VIII.2**  
**RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2011 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	2.007	213	115	328	16,34	608	30,29	1.071	53,36
RAMO 2 ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	895	81	229	310	34,64	309	34,53	276	30,84
RAMO 0 VIDA	744	98	200	298	40,05	344	46,24	102	13,71
RAMOS 3 Y 10 VEHICULOS TERRESTRES	673	65	89	154	22,88	247	36,70	272	40,42
RAMO 16 PERDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	607	91	113	204	33,61	321	52,88	82	13,51
RAMO 17 DEFENSA JURIDICA	416	42	65	107	25,72	255	61,30	54	12,98
RAMO 1 ACCIDENTES	328	27	59	86	26,22	118	35,98	124	37,80
RAMO 13 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	309	10	28	38	12,30	110	35,60	161	52,10

RAMOS	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
RAMO 19 DECESOS	212	21	38	59	27,83	137	64,62	16	7,55
RAMO 18 ASISTENCIA	186	19	64	83	44,62	77	41,40	26	13,98
<b>TOTAL</b>	<b>6.377</b>	<b>667</b>	<b>1.000</b>	<b>1.667</b>	<b>26,14</b>	<b>2.526</b>	<b>39,61</b>	<b>2.184</b>	<b>34,25</b>

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

**CUADRO IX.  
CONSULTAS RESUELTAS EN 2011 ATENDIENDO A  
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA**

MATERIA	Nº	%
Aplicación e interpretación de la póliza	34	18,38
Seguros de personas	30	16,22
Seguros obligatorios	20	10,81
Datos sobre compañías	11	5,95
Duración del contrato	9	4,86
Modificaciones del contrato	9	4,86
Impago de la prima	9	4,86
Información para plantear reclamación	8	4,32
Solicitud y proposición	7	3,78
Valoración del siniestro	6	3,24
Seguro de Caución	4	2,16
Agravación y disminución del riesgo	4	2,16
La indemnización	4	2,16
Capital y sumas aseguradas	4	2,16
Seguro de responsabilidad civil	3	1,62
La actividad de mediación	2	1,08
Derecho libre elección de abogado y procurador	2	1,08
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	2	1,08
Infraseguro y sobraseguro	2	1,08
La normativa de ordenación y supervisión	2	1,08
Otras materias	13	7,03
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>

El cuadro IX ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2011. 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 2011 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

El apartado sobre la interpretación de la póliza aumenta casi un 26% respecto al ejercicio anterior colocándose en la primera posición, 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 la propias entidades o por los mediadores, tanto previo a la suscripción como durante toda la vida del contrato.

El segundo lugar lo ocupan las consultas referidas a los seguros de personas, que comprenden los seguros de vida, accidentes, enfermedad y asistencia sanitaria, aunque más del 85% de las consultas de este apartado se refieren al seguro de vida. Este elevado porcentaje se debe a su complejidad técnica y jurídica y a la gran variedad de contratos, especialmente de vida-ahorro, que se encuentran en el mercado asegurador. En este ramo cabe destacar las preguntas sobre las características de los productos contratados, los derechos del tomador del seguro, la designación del beneficiario, la resolución unilateral del contrato y los seguros asociados a la suscripción de préstamos.

Las consultas sobre seguros obligatorios ocupan el tercer lugar, entre las que destacan las relacionadas con el seguro de responsabilidad civil obligatorio en la circulación de vehículos a motor, que suponen el 65% de este apartado, con preguntas respecto a su contratación, coberturas que otorga, la forma de cálculo de las indemnizaciones o la facultad de repetición de la entidad aseguradora. Asimismo, también es relevante destacar las consultas realizadas sobre el seguro obligatorio de viajeros y sobre la existencia de la obligación, para determinadas actividades o profesiones, de suscribir seguros de responsabilidad civil.

En cuarto lugar se sitúan, bajo el epígrafe, datos sobre compañías, 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 sobre 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 quinta 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 la entidad y por la posibilidad de resolver el contrato de forma anticipada.

Las dudas que suscita la modificación de los contratos ocupan la sexta posición, y muestran la preocupación de los ciudadanos ante la subida de las primas, especialmente en los seguros de asistencia sanitaria y decesos, que suelen ir ligadas a factores como el incremento de la edad y el aumento del coste de las prestaciones.

Por último, también es relevante destacar las solicitudes de información sobre cómo plantear una reclamación. Los interesados plantean esta consulta tanto de forma directa como conjuntamente con cuestiones de fondo.

**CUADRO X.  
QUEJAS RESUELTAS EN 2011 ATENDIENDO A  
LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA**

MATERIA	Nº	%º
Seguros de caución	15	71,43
Seguros contra daños	4	19,05
Seguros de personas	2	9,52
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

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.

Los seguros de caución tienen la consideración de grandes riesgos, conforme al artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Por tanto, las reclamaciones que versen sobre los mismos, no pueden ser tramitadas por los procedimientos establecidos por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros. Sin embargo, y debido a la importancia social de estos seguros (en muchos casos las cantidades entregadas por los adquirentes de las futuras viviendas al promotor representan una buena parte de los ahorros de las familias) el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones cuando los ciudadanos no están conformes con la actuación de la entidad aseguradora en relación con los citados seguros, no emite un pronunciamiento sobre la cuestión planteada, pero instruye un procedimiento especial formado por las siguientes actuaciones:

- emite un informe en el que explica al asegurado las características de los seguros de caución, la regulación aplicable a los mismos y los mecanismos de resolución de conflictos existentes;
- da traslado de la queja o reclamación del asegurado a la entidad aseguradora para que analice su contenido, con el objetivo de que la misma sea consciente de la situación de su asegurado y pueda proponer una solución; asimismo, se envía al asegurado copia de la contestación de la entidad aseguradora.

Es preciso recordar que toda la información procedente de los escritos recibidos en el Servicio sirve como base para proponer cambios normativos y actuaciones de supervisión, que es una de las funciones atribuidas al Servicio de Reclamaciones.

Por último, en el cuadro X se observa que el número de quejas relativas a seguros de daños ha sido de cuatro (tres quejas sobre otros daños a los bienes y una sobre vehículos terrestres no ferroviarios). En seguros de personas el número ha sido de dos, ambas en relación a seguros de vida.

**CUADRO XI.  
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2011  
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA**

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	4.607	80,07
Entidad extranjera (sucursal)	519	9,02
Mutua	484	8,41
Mutualidad de Previsión Social	89	1,55
Entidad extranjera (LPS)	42	0,73
Otras formas jurídicas	9	0,16
Agrupaciones	4	0,07
<b>TOTAL</b>	<b>5.754</b>	<b>100,00</b>

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 XII.1  
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO  
DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2011**

DENOMINACIÓN	TOTAL 2011	TOTAL 2010	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	462	437	25	5,72	0,1170
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	318	399	-81	-20,30	0,1628
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	296	253	43	17,00	0,1406
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	277	246	31	12,60	0,1208
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	265	247	18	7,29	0,1054
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	214	216	-2	-0,93	0,1767
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	199	178	21	11,80	0,4278
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	195	274	-79	-28,83	0,0663
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	148	159	-11	-6,92	0,1591
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	144	147	-3	-2,04	0,1706
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	143	280	-137	-48,93	0,0762

DENOMINACIÓN	TOTAL 2011	TOTAL 2010	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	129	109	20	18,35	VER NOTA
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	121	93	28	30,11	0,1021
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	108	89	19	21,35	0,1406
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	103	152	-49	-32,24	0,0932
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	85	81	4	4,94	0,2448
AGA INTERNATIONAL S.A. SUC. EN ESPAÑA	84	128	-44	-34,38	VER NOTA
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	84	91	-7	-7,69	0,0826
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	83	92	-9	-9,78	0,0404
COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	74	53	21	39,62	1,5152
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	80	-7	-8,75	0,3430
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	70	97	-27	-27,84	0,1034
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑIA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	65	121	-56	-46,28	0,4841
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	64	94	-30	-31,91	0,1027
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.	54	22	32	145,45	1,7925

NOTAS:

- Respecto a las entidades Aga Internacional S.A. Sucursal en España y Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no se reflejan los datos correspondientes a primas devengadas, 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.
- Los datos de la entidad *Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros* comprenden los de la entidad *C0401 Compañía de Seguros Adeslas*.
- Los datos referentes a la entidad *Aga Internacional S.A. Suc. en España* comprenden los de la entidad *E0182 Mondial Assistance, Seguros y Reaseguros Sociedad Anónima*.
- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2011.

El cuadro XII.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2011. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones iniciadas en el año 2011, el total de reclamaciones iniciadas en el año 2010, 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 XII.2**  
**ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DEL NÚMERO DE RECLAMACIONES**  
**INICIADAS EN 2011, EN RELACIÓN CON EL VOLUMEN DE PRIMAS**

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2011	RATIO RECLAMACIONES
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.	54	30.125.790	1,7925
COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	74	48.838.314	1,5152
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	53	38.407.312	1,3799
ERGO GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	18	19.346.175	0,9304
BIHARKO ASEGURADORA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	45	70.895.470	0,6347
CAHISPA, S.A. DE SEGUROS GENERALES.	12	20.637.392	0,5815
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	41	78.800.788	0,5203
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑIA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	65	134.261.091	0,4841
ARAG, COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	53	111.737.490	0,4743
CATALUNYACAIXA ASSEGUANCES GENERALS, SOCIETAT ANÓNIMA D'ASSEGUANCES I REASSEGUANCES	16	35.228.032	0,4542
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	15	33.857.934	0,4430
UNION DE AUTOMOVILES CLUBS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (UNACSA)	20	46.059.800	0,4342
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	199	465.193.181	0,4278
MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA	42	116.615.065	0,3602
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	212.841.753	0,3430
SEGUROS LAGUN ARO, S.A.	43	127.411.042	0,3375
LA PREVISION MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A.	14	42.043.562	0,3330
UNION DEL DUERO, CIA. DE SEGUROS GENERALES, S.A.	11	35.205.767	0,3124
CAHISPA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS DE VIDA	12	39.835.654	0,3012
SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	48	181.200.875	0,2649

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2011	RATIO RECLAMACIONES
CAIXA PENEDÈS ASSEURANCES GENERALS, S.A.	11	44.454.461	0,2474
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	85	347.169.211	0,2448
FENIX DIRECTO, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	15	65.616.205	0,2286
GENESIS SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	41	179.746.529	0,2281
CAJASUR ENTIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	12	54.142.394	0,2216

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2011.

El cuadro XII.2 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2011, ordenadas en función del ratio de número de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

**CUADRO XII.3**  
**ASEGURADORAS CON MAYOR VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS EN 2011 EN**  
**RELACIÓN CON EL NÚMERO DE RECLAMACIONES**

DENOMINACIÓN	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2011	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.210.825.610 (13)	214 (6)	0,1767
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	844.026.008 (21)	144 (10)	0,1706
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	1.953.588.367 (8)	318 (2)	0,1628
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	930.197.190 (17)	148 (9)	0,1591
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	768.235.875 (23)	108 (14)	0,1406
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.106.001.698 (6)	296 (3)	0,1406
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.293.913.950 (5)	277 (4)	0,1208
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.948.967.546 (2)	462 (1)	0,1170
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	2.513.238.856 (4)	265 (5)	0,1054

DENOMINACIÓN	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2011	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	677.098.747 (25)	70 (23)	0,1034
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.185.544.655 (14)	121 (13)	0,1021
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.104.723.305 (15)	103 (15)	0,0932
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.016.459.283 (16)	84 (17)	0,0826
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.876.670.841 (9)	143 (11)	0,0762
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	2.942.521.776 (3)	195 (8)	0,0663
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.052.623.567 (7)	83 (19)	0,0404
MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA	1.293.142.195 (12)	48 (31)	0,0371
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.	912.335.144 (18)	30 (42)	0,0329
ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	714.375.245 (24)	18 (56)	0,0252
CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.	801.488.790 (22)	16 (66)	0,0200
BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.346.760.181 (11)	22 (48)	0,0163
CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D"ASSEURANCES I REASSEURANCES	844.193.052 (20)	6 (108)	0,0071
MAPFRE GLOBAL RISKS, COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	912.192.408 (19)	5 (117)	0,0055
IBERCAJA VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.500.596.426 (10)	7 (104)	0,0047
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	5.067.864.671 (1)	21 (51)	0,0041

NOTA: Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2011.

Se publica por primera vez el cuadro XII.3 que ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2011. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2011 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 2011. 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 XIII.  
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS  
EN 2011 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.	454	53	36	89	19,60	199	43,83	166	36,56
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	421	21	30	51	12,11	167	39,67	203	48,22
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	268	30	38	68	25,37	101	37,69	99	36,94
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	262	20	42	62	23,66	100	38,17	100	38,17
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	256	82	28	110	42,97	85	33,20	61	23,83
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	238	45	56	101	42,44	73	30,67	64	26,89
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	219	22	12	34	15,53	112	51,14	73	33,33
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	202	34	30	64	31,68	71	35,15	67	33,17
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	184	8	14	22	11,96	82	44,57	80	43,48
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	153	23	20	43	28,10	50	32,68	60	39,22
AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA	149	30	18	48	32,21	75	50,34	26	17,45

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	142	11	11	22	15,49	72	50,70	48	33,80
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	132	6	47	53	40,15	54	40,91	25	18,94
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑIA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	124	17	47	64	51,61	46	37,10	14	11,29
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	120	6	4	10	8,33	67	55,83	43	35,83
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	114	13	5	18	15,79	52	45,61	44	38,60
SEGUCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	109	8	13	21	19,27	42	38,53	46	42,20
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	101	13	9	22	21,78	39	38,61	40	39,60
COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	97	3	54	57	58,76	29	29,90	11	11,34
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	96	3	16	19	19,79	23	23,96	54	56,25

NOTA:

- Los datos de la entidad *Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros* comprenden los de la entidad *C0401 Compañía de Seguros Adeslas*.
- Los datos referentes a la entidad *Aga Internacional S.A. Suc. en España* comprenden los de la entidad *E0182 Mondial Assistance, Seguros y Reaseguros Sociedad Anónima*.

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 2011 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 20 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2011 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones iniciadas** durante 2011, independientemente de que estos expedientes al término del año 2011 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 aquellas 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 XIV.  
EVOLUCION MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN 2011**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	3	2	5
Febrero	7	3	10
Marzo	12	8	20
Abril	7	5	12
Mayo	4	2	6
Junio	2	2	4
Julio	2	0	2
Agosto	3	1	4
Septiembre	6	2	8
Octubre	6	2	8
Noviembre	6	2	8
Diciembre	4	1	5
<b>TOTAL 2011</b>	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>92</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>102</b>	<b>35</b>	<b>137</b>
<b>DIFERENCIA</b>	<b>-40</b>	<b>-5</b>	<b>-45</b>
<b>% VARIACION</b>	<b>-39,22</b>	<b>-14,29</b>	<b>-32,85</b>

El cuadro anterior ofrece información sobre el número de reclamaciones iniciadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2011 y su variación con respecto al año anterior.

#### 3.2. Motivos de reclamación

**CUADRO XV.  
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS EN 2011  
CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	50	70,42
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta	9	12,68
Otros motivos	12	16,90
<b>TOTAL 2011</b>	<b>71</b>	<b>100,00</b>

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. año

**CUADRO XVI.  
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE  
RECLAMACIONES INICIADAS EN 2011**

MEDIADORES	NÚMERO	%
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	24	38,71
SOCIEDAD DE PREVISION BANCARIA IBERICA, AGENCIA DE SEGUROS VINCULADA, S.A.	7	11,29
CORREDURIA DE SEGUROS CARREFOUR,S.A.	4	6,45

En este cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones iniciadas durante 2011.

## 4. PLANES DE PENSIONES

El Servicio de Reclamaciones, en colaboración con 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. 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 consultas presentadas por particulares, y el segundo relativo a las reclamaciones de planes de pensiones de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, y consultas sobre planes de pensiones 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, resulta relevante destacar la aprobación durante el año 2011 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible que introdujo un nuevo artículo 26 bis en el texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, donde se regula ex novo la comercialización de planes de pensiones individuales. En dicho precepto se 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, cabe destacar 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 consultas presentadas por particulares relativas a planes y fondos de pensiones.

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

#### 4.1.1. Expedientes iniciados durante el año

**CUADRO XVII.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2011**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	11	7	16	0	34
Febrero	14	3	6	3	26
Marzo	15	5	12	2	34
Abril	13	6	8	0	27
Mayo	17	2	7	2	28
Junio	16	6	10	1	33
Julio	9	5	10	0	24

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Agosto	15	5	7	2	29
Septiembre	16	3	6	0	25
Octubre	17	3	12	0	32
Noviembre	13	11	16	0	40
Diciembre	5	4	13	0	22
<b>TOTAL 2011</b>	<b>161</b>	<b>60</b>	<b>123</b>	<b>10</b>	<b>354</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>196</b>	<b>54</b>	<b>128</b>	<b>8</b>	<b>386</b>
<b>DIFERENCIA</b>	<b>-35</b>	<b>6</b>	<b>-5</b>	<b>2</b>	<b>-32</b>
<b>% VARIACION</b>	<b>-17,86</b>	<b>11,11</b>	<b>-3,91</b>	<b>25,00</b>	<b>-8,29</b>

En este cuadro se recoge el número total de expedientes de reclamación relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual, y consultas sobre planes y fondos de pensiones presentadas por particulares, iniciados durante el año 2011 y clasificados por meses.

Los escritos de reclamación que no resultaron admitidos lo fueron por diversos motivos, en su mayoría por no acreditar la interposición, de forma previa, de la correspondiente reclamación ante el Defensor del Partícipe de los planes de pensiones respectivos. El Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones exige a las entidades promotoras de planes de pensiones individuales, bien directamente o a través de la entidad gestora o depositaria del fondo de pensiones en el que esté integrado el plan de pensiones, que informen adecuadamente a los partícipes, con carácter previo a su adhesión al plan, sobre los datos correspondientes al Defensor del Partícipe del plan de pensiones. Además, 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, indicando, en su caso, la denominación del citado Defensor.

En relación a los expedientes de consulta que no fueron admitidos, en la mayoría de los casos, la causa se debió a que resolución correspondía a otros órganos directivos a quienes fueron remitidos de oficio.

#### 4.1.2 Motivos de reclamación

**CUADRO XVIII.  
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2011 CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

ASUNTO	NÚMERO	%
Información a partícipes y beneficiarios, comercialización y publicidad	62	32,80
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	29	15,34
Desacuerdos con el importe prestaciones y con la valoración de los derechos consolidados	27	14,29
Movilizaciones. Incumplimiento de los plazos máximos. Desacuerdos en la valoración de los derechos consolidados	26	13,76
Desacuerdos con la forma y plazos de cobro de las prestaciones	21	11,11
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, etc.)	8	4,23
Beneficiarios por fallecimiento	6	3,17

ASUNTO	NÚMERO	%
Incapacidad y dependencia	3	1,59
Otros	7	3,70
<b>TOTAL AÑO 2011</b>	<b>189</b>	<b>100,00</b>

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2011 por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

El principal motivo de reclamación, al igual que en el año anterior, han sido los problemas ocasionados por la información suministrada al partícipe tanto en el momento de la contratación, como en el asesoramiento posterior recibido. El segundo motivo se refiere a los supuestos excepcionales de liquidez, siendo el objeto de las reclamaciones en esta materia las discrepancias sobre las condiciones que han de cumplirse para el rescate por estos supuestos, y la documentación que debe entregarse para su acreditación. El tercer motivo destacable por su importancia cuantitativa es el relativo a discrepancias con el valor de los derechos consolidados, pérdida de rentabilidad o desacuerdo con el importe de las prestaciones cobradas. Le siguen las reclamaciones relativas a la movilización de los derechos consolidados, y en particular al incumplimiento de los plazos máximos para efectuar la movilización, diferencias en el valor de los derechos consolidados y la inobservancia de los requisitos formales exigidos por la normativa de planes y fondos de pensiones. Por último, continúan teniendo relevancia cuantitativa las reclamaciones que se refieren al plazo para el pago de las prestaciones, al destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, las presentadas por beneficiarios por fallecimiento del partícipe y las que afectan a la contingencia de incapacidad.

### **1º 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 siendo las más relevantes por su importancia cuantitativa respecto del total de reclamaciones resueltas en 2011. No obstante, se observa una ligera disminución en comparación con los datos del ejercicio 2010. Resultan, por tanto, numerosas aquellas reclamaciones en las que se ponen de manifiesto las deficiencias, inexactitudes e incluso ausencia total de información al contratar el plan de pensiones. Así pues, 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 pone énfasis en 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 aún cuando el plan invierta exclusivamente en activos de renta fija. De igual forma se insiste en la necesidad de que el partícipe lea detenidamente 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 101.1.i del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.

En un número destacable de reclamaciones se han observado 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.

## **2º Desempleo de larga duración y enfermedad grave**

Durante el año 2011 se han tramitado 29 reclamaciones relacionadas con los supuestos excepcionales de liquidez, que representan un 15,34% del total de reclamaciones resueltas, frente al 13,68% que representaron en 2010. Se aprecia, por tanto, que la importancia relativa de estas reclamaciones ha aumentado ligeramente respecto del ejercicio anterior, lo que ha supuesto que pasen a ser el segundo motivo más reclamado durante el 2011. Este incremento de las solicitudes de rescate acogiéndose a los supuestos excepcionales de liquidez, debe enmarcarse dentro del actual contexto de crisis económica, lo que ha supuesto que numerosas familias necesiten recurrir al ahorro acumulado en los planes de pensiones.

Estas reclamaciones suelen referirse a la falta de transparencia en la información que los partícipes 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. En relación a este último aspecto, cabe señalar que, según se indicó en el Informe de este Servicio de Reclamaciones de 2010, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha considerado que el plazo de 7 días hábiles para el abono de las prestaciones en forma de capital, previsto en el artículo 10.4 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, es aplicable a los supuestos excepcionales de liquidez teniendo en cuenta el principio de aplicación analógica de las normas recogido en el artículo 4.1 del Código Civil, según el cual procederá la aplicación analógica de las normas cuando éstas no contemplen un supuesto específico, pero regulen otro semejante entre los que se aprecie identidad de razón.

## **3º Desacuerdos con la valoración de los derechos consolidados, la rentabilidad del plan y el importe de las prestaciones recibidas**

En primer lugar, debe advertirse que en el ejercicio anterior fueron publicadas de forma separada las reclamaciones relativas a discrepancias sobre la evolución del valor de los derechos y el importe de la prestación percibida, respecto de las reclamaciones que alegaban expresamente una inadecuada gestión de las inversiones por parte de la entidad gestora. En el presente informe, este apartado comprende todas las reclamaciones resueltas en relación con desacuerdos con la rentabilidad obtenida por el plan, y su incidencia sobre la pérdida de valor de los derechos consolidados, así como las relativas a discrepancias sobre el importe percibido como prestación del plan de pensiones.

De esta forma, teniendo en cuenta lo previsto en el párrafo anterior, se ha observado una reducción de las reclamaciones relativas a estos extremos. En particular, se han tramitado 27 reclamaciones, que suponen un 14,29% sobre el total, frente al 17,52% que estos mismos motivos representaron en el ejercicio 2010 respecto del total de reclamaciones resueltas.

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 han tenido en cuenta dos circunstancias: de una parte, el cumplimiento por parte de la entidad gestora de sus obligaciones de información previa y periódica a partícipes y beneficiarios; de otra, el cumplimiento de la política de inversión seguida por el fondo de pensiones en el que se integra el plan.

Adicionalmente, se ha puesto de manifiesto que la cuenta de posición de un plan de pensiones se valora diariamente, y el valor de las participaciones se obtiene del cociente resultante de dividir el valor de la cuenta de posición y el número de participaciones existentes. El valor de las participaciones depende de los mercados financieros, no controlables por las entidades gestoras, de forma que las turbulencias financieras influyen de manera significativa en las valoraciones de las participaciones de los planes de pensiones. Además, cabe señalar que la

expresión “derecho consolidado” no implica necesariamente un valor garantizado o una garantía de una rentabilidad o revalorización, sino que la rentabilidad obtenida y el importe del derecho consolidado pueden ir variando al alza y a la baja en el transcurso del tiempo.

Por otra parte, en ciertas reclamaciones ha resultado necesario aclarar que los planes de pensiones individuales no garantizan, en ningún caso, ninguna rentabilidad, y ello con independencia de cuál sea su política de inversión. Así, se ha señalado que incluso los planes de pensiones denominados de renta fija están expuestos a determinados riesgos que afectan a este tipo de activos (tipos de interés, crédito, tipos de cambio, etc.), incidiendo directamente en su valor diario y, por tanto, en el valor de los derechos consolidados de los partícipes.

#### **4º Movilización y desacuerdos en la valoración de los derechos consolidados**

La mayor parte de las reclamaciones tramitadas durante 2011 relacionadas con la movilización de los derechos consolidados se refieren a los retrasos en la movilización, las diferencias de valoración de los derechos consolidados y la 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 a los plazos, el artículo 50 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones establece claramente los plazos máximos que han de cumplirse para la movilización de derechos consolidados en planes de pensiones individuales.

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 el Reglamento 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.

Por último, algunas reclamaciones han puesto de manifiesto la falta de diligencia de las entidades gestoras destinatarias de los traspasos, en el seguimiento de operaciones de movilización que por algún motivo subsanable han sido inicialmente rechazadas en origen.

#### **5º Desacuerdos en la forma y plazos de cobro de las prestaciones**

El número de reclamaciones sobre este asunto se ha incrementado levemente con respecto al ejercicio 2010, pasando de un 10,68% en 2010 a representar un 11,11% en 2011. Las principales cuestiones reclamadas se refieren a retrasos en el abono de la prestación, lo que ha ocasionado una pérdida en el valor de los derechos económicos, como consecuencia de la rentabilidad negativa experimentada por el plan.

Por lo que se refiere a este motivo, el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones dispone que en caso de tratarse de un capital inmediato, éste deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que se presentase la documentación correspondiente.

#### **6º Aportaciones posteriores a la jubilación**

Durante los últimos años se ha observado una paulatina disminución de las reclamaciones por esta causa. Ello se debe fundamentalmente a la modificación efectuada por la Disposición final quinta de la Ley 35/2006 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de 28 de noviembre, por la que se modificó la redacción del apartado 6 del artículo 8 del Texto refundido de la Ley de Regulación de Planes y Fondos de Pensiones.

En virtud de dicha modificación, una persona en situación de jubilación que antes de su acaecimiento ya sea titular de un plan de pensiones, u otro instrumento de previsión social

complementaria fiscalmente homogéneo, y que no hubiera iniciado el cobro del plan de pensiones, o instrumento de que se trate, por esta contingencia, podrá “seguir” realizando aportaciones a dicho instrumento u otro que contrate con posterioridad y solicitar el cobro por jubilación posteriormente.

## 8º Otros motivos

Por último, merecen atención las reclamaciones presentadas sobre asuntos tales como discrepancias en cuanto al reconocimiento del derecho a la prestación por incapacidad laboral permanente y el destino de las aportaciones realizadas con posterioridad a su acaecimiento; el retraso en el abono de las prestaciones de fallecimiento, fundamentalmente como consecuencia de las dificultades relacionadas con la información a facilitar a la entidad gestora para el cobro, en particular, la documentación que ha de presentarse para determinar la identidad de todos los beneficiarios y justificar su derecho; y por último las presentadas por partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social.

### 4.1.3. Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2011 se han resuelto 115 consultas presentadas por particulares, de las cuales 102 fueron iniciadas en el mismo año, y 13 se iniciaron en 2010. Al analizar los temas más habituales sobre los cuales versan las consultas presentadas en este Servicio, destacan las relacionadas con el rescate del plan de pensiones por alguno de los supuestos excepcionales de liquidez, cuestiones relativas a la movilización de derechos consolidados, las garantías en caso de quiebra de la entidad gestora o depositaria, aspectos del régimen aplicable a los discapacitados, aportaciones posteriores a la jubilación y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

### 4.1.4. Entidades reclamadas

**CUADRO XIX.  
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2011**

DENOMINACIÓN DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	% PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL (1)
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	31	19,25	16,77
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	27	16,77	13,84
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	16	9,94	14,97
CAJA DE MADRID DE PENSIONES S.A., E.G.F.P.	10	6,21	5,89
EUROPENSIONES S.A., E.G.F.P.	8	4,97	6,04
BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.	5	3,11	2,89
MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	5	3,11	0,61
RURAL PENSIONES S.A., E.G.F.P.	5	3,11	2,10
IBERCAJA PENSION, S.A., E.G.F.P.	4	2,48	2,53
CASER PENSIONES, ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES S.A.	3	1,86	1,70
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>70,81</b>	<b>67,34</b>

1) Fuente: Documentación estadístico contable remitida a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones correspondiente a 31.12.2011.

En este cuadro se establece una clasificación de las diez entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2011.

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.

Las dos entidades que encabezan el cuadro de reclamaciones recibidas son las que también se encuentran en las dos primeras posiciones del ranking de entidades que mayor patrimonio gestionan 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. En ambos casos, el porcentaje de reclamaciones presentadas contra esas entidades supera su porcentaje de patrimonio gestionado en el sistema individual.

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

**CUADRO XX.  
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 2011**

TIPO	TOTAL INICIADAS	TOTAL RESUELTAS
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	39	199
Consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares	49	52
<b>TOTAL 2011</b>	<b>88</b>	<b>251</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>227</b>	<b>75</b>
<b>DIFERENCIA</b>	<b>-139</b>	<b>176</b>
<b>% VARIACION</b>	<b>-61,23</b>	<b>234,67</b>

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 de 2011, en materia de reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y consultas realizadas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares.

El total de expedientes **iniciados** en el periodo de referencia se eleva a 88, de los cuales un 44,32% son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y un 55,68% se refiere a consultas de planes de pensiones 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 volumen, las reclamaciones formuladas por desacuerdos con el importe de la prestación, así como, en menor medida, las relativas a discrepancias en la movilización de derechos consolidados, sin perjuicio de otros asuntos abordados como el rescate por alguno de

los supuestos excepcionales de liquidez, divergencias sobre el instrumento de exteriorización tras la realización de operaciones societarias y los derechos en caso de cese o extinción de la relación laboral.

Análogamente, del análisis de los temas más habituales sobre los cuales versan las consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares, destacan, por su volumen e importancia, las relacionadas con el régimen de inversiones de los fondos de pensiones, la movilización de derechos consolidados en los supuestos de cese o extinción de la relación laboral, cuestiones sobre el funcionamiento de las comisiones de control, operaciones societarias, impago de contribuciones por promotores de planes de empleo y adaptación de las especificaciones de los planes de empleo a la sentencia del Tribunal Constitucional de 29/11/2010.

En total, durante el año 2011 se **resolvieron** 251 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2011 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 199 son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones, y 52 son consultas que fueron formuladas por empresas, entidades gestoras, Administraciones públicas, Comisiones de Control, etc.

Por último, en este análisis es necesario precisar el motivo del desfase producido entre las reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos iniciadas y resueltas durante el 2011, ya que se aprecia que la gran mayoría de las reclamaciones resueltas en 2011 corresponden a expedientes iniciados durante el año anterior. Como ya se indicó en el Informe publicado en 2010, durante ese año se acumularon 145 reclamaciones de igual contenido referidas a un mismo plan de pensiones de empleo, y relativas a discrepancias con la gestión de inversiones llevada a cabo por la gestora del fondo de pensiones en el que está integrado el plan. Esos 145 expedientes tramitados se resolvieron en enero de 2011.

## 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 2011.

**CUADRO XXI.  
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO  
EN 2011**

Tipo	AÑO 2011	AÑO 2010
Telefónico	19.745	17.589
Presenciales	1.732	1.860
<b>TOTAL</b>	<b>21.477</b>	<b>19.449</b>

Las consultas telefónicas atendidas durante el año 2011 se elevaron a 19.745 y las visitas a 1.732. Respecto al año 2010 se observa un incremento en 2.156 consultas telefónicas y una disminución en 128 visitas, lo que supone en términos porcentuales un incremento del 12,26% y una disminución del 6,88%, respectivamente.

**CUADRO XXII.  
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO  
EN 2011 CLASIFICADAS POR RAMOS**

RAMO	%
Seguro de vehículos	41,12
Multirriesgos (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	27,87
Vida	11,89
Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)	8,44
Decesos	4,74
Responsabilidad civil general	1,98
Asistencia	1,72
Accidentes	1,13
Otros	1,10
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

El cuadro anterior ofrece la información sobre los ramos 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 41,12% se referían al ramo de **vehículos**. La mayoría de las consultas tiene que ver con la aplicación de los convenios por parte de las entidades.

Las consultas en materia de seguros **multirriesgos** del hogar y de las comunidades de propietarios han alcanzado un porcentaje del 27,87%. En este tipo de seguros son frecuentes las preguntas sobre cómo actuar en caso de siniestro.

En el ramo de **vida** el porcentaje de consultas ascendió al 11,89%. Las consultas en este ramo se refieren habitualmente a las características de los productos contratados y a sus derechos como titulares de estos seguros, poniendo en evidencia la deficiente información recibida en el momento de la suscripción.

En el ramo de **enfermedad** las consultas representan un 8,44% del total, mientras que en el resto de ramos las consultas recibidas representan el 10,67%.

Además, es necesario indicar que los ciudadanos, tras solicitar información sobre su problema concreto, también suelen requerir información sobre los requisitos y el procedimiento a seguir para presentar una reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y sobre las distintas instancias existentes en las entidades aseguradoras en caso de conflicto, cuestiones sobre las que son informados por esta Unidad.

## 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 272 entidades aseguradoras.

**CUADRO XXIII.  
QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN 2011.**

	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)					
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>83.500</b>	<b>3.212</b>	<b>11.209</b>	<b>94.709</b>	<b>33.647</b>	<b>42.973</b>	<b>13.154</b>	<b>89.774</b>

El cuadro anterior contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2011.

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 2011, 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 2011 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2011 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2011 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 94.709, de las cuales el 88,16% fueron presentadas ante los departamentos o servicios de atención al cliente.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2011 ha sido de 89.774, de las cuales un 37,48% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora a las pretensiones del reclamante, un 47,87% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 14,65% 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 XXIV.  
RECLAMACIONES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS QUE POSTERIORMENTE SE  
PRESENTAN EN EL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DGSFP**

COMPañÍA	TOTAL DEC	TOTAL INFORME	% PRESENTACIÓN
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	346	195	56,36
COMPañÍA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	254	74	29,13
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑÍA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	227	65	28,63
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	955	143	14,97
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.	394	54	13,71
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	671	85	12,67
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.467	277	11,23
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	2.774	265	9,55
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	706	64	9,07
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	896	70	7,81

MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.612	121	7,51
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.318	84	6,37
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	7.526	462	6,14
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	1.770	108	6,10
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	5.262	318	6,04
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	2.951	144	4,88
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	7.015	296	4,22
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	2.076	73	3,52
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4.250	148	3,48
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	6.253	214	3,42
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	7.040	199	2,83
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	6.606	103	1,56
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	8.355	83	0,99
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	-	129	VER NOTA
AGA INTERNATIONAL S.A. SUC. EN ESPAÑA	-	84	VER NOTA

NOTA: Respecto a las entidades *Aga Internacional S.A. Sucursal en España* y *Zurich Insurance PLC, 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 2011, 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 2011, 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 2011 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, a continuación se ofrece una relación de cuadros con la totalidad de casos incluidos tanto en este informe del año 2011, como 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.

#### CUADRO XXV. RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2004

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Contratación sin consentimiento.</li><li>2. Prestación asegurada y garantizada.</li><li>3. Retrasos en la reparación de los daños por la entidad aseguradora.</li><li>4. Declaración inicial del riesgo en seguros de hogar.</li><li>5. Declaración inicial del riesgo en seguros de personas.</li><li>6. Conflicto mantenido entre las entidades aseguradoras que cubren la asistencia en carretera y las empresas que prestan esos servicios.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>7. Percepción de la prestación por una fundación.</li><li>8. Orden de reducción de cuotas no atendida.</li><li>9. Información sobre la cuantía de los derechos económicos del beneficiario.</li><li>10. Contratación por jubilado que ya había sido beneficiario de un plan de pensiones.</li><li>11. Movilización de derechos consolidados sin conocimiento ni consentimiento del partícipe.</li><li>12. Jubilado por la propia entidad con la que contrata el plan de pensiones.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2005

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Designación de beneficiarios en un seguro de vida.</li><li>2. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado.</li><li>3. Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro.</li><li>4. No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro.</li><li>5. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados.</li><li>6. No abono de gastos de localización de siniestros.</li><li>7. Interpretación de la póliza.</li><li>8. Seguro de vida para caso de fallecimiento en que la asegurada y beneficiaria son la misma persona.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>9. Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos.</li><li>10. Plan de pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación.</li><li>11. Jubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera.</li><li>12. Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones.</li><li>13. Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable.</li><li>14. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.</li></ol>
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"><li>15. Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2006

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos.</li><li>2. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos.</li><li>3. Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida.</li><li>4. Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir.</li><li>5. Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida.</li><li>6. Información relativa a valores de rescate en seguros de vida.</li><li>7. Denegación de cobertura por falta de conservación de la pieza dañada.</li><li>8. Imposición de una prima única en la contratación de un seguro de vida ligado a un préstamo hipotecario.</li><li>9. Denegación de cobertura de los accesorios de un vehículo.</li><li>10. Gastos realizados para aminorar las consecuencias del siniestro. (Similar al caso 5/2005 del informe del año 2005)</li><li>11. Publicidad sobre interés garantizado.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>12. Errores de la entidad.</li><li>13. Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe.</li><li>14. Falta de información debida.</li><li>15. Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada.</li></ol>
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"><li>16. Asesoramiento incorrecto.</li><li>17. No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor.</li><li>18. Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.</li></ol>
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO
<ol style="list-style-type: none"><li>19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2007

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico.</li><li>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.</li><li>3. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.</li><li>4. Falta de defensa de los intereses del reclamante.</li><li>5. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.</li><li>6. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.</li><li>7. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.</li><li>8. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.</li><li>9. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.</li><li>10. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.</li><li>11. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.</li><li>12. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.</li><li>13. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.</li><li>14. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>15. Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar.</li><li>16. Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.</li></ol>
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"><li>17. Denegación del siniestro por un corredor.</li><li>18. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.</li></ol>
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none"><li>19. Falta de información relativa al producto contratado.</li><li>20. Comercialización de un seguro de protección de pago y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario.</li><li>21. Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado.</li><li>22. No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones.</li><li>23. Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2008

SEGUROS
<b>Seguros de daños.</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Interpretación de la cláusula de robo de un seguro combinado de comercios.</li><li>2. Imposición del resultado de un procedimiento arbitral a un asegurado que no es parte en el mismo.</li><li>3. Conflicto de intereses en un seguro de responsabilidad civil.</li><li>4. Denegación de la cobertura de daños estéticos.</li><li>5. Exigencia de la franquicia con posterioridad a la firma de un finiquito.</li><li>6. Sobreseguro en operaciones de financiación.</li></ol>
<b>Seguros de personas.</b> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Denegación del pago de la prestación de incapacidad transitoria por enfermedad preexistente.</li><li>8. Rechazo de aportaciones adicionales previstas en el contrato.</li><li>9. Estimaciones de la participación en beneficios.</li><li>10. Reasignaciones de los fondos en un seguro unit link.</li><li>11. Falta de definición del valor de rescate en la póliza.</li><li>12. Denegación de la cobertura por enfermedad preexistente no diagnosticada.</li><li>13. Rechazo de pruebas diagnósticas en una póliza de enfermedad.</li><li>14. Incremento anual de prima en una póliza de enfermedad por inclusión de nuevas coberturas.</li><li>15. Rechazo del tratamiento prescrito por tratarse de una nueva técnica no prevista en el contrato.</li><li>16. Incrementos de primas en un seguro de decesos.</li><li>17. Falta de adecuación a la Ley Orgánica para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>18. Contratación de un plan de pensiones sin autorización del partícipe.</li><li>19. Incumplimiento de plazos en el pago de la prestación de un plan de pensiones.</li><li>20. Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por enfermedad preexistente.</li></ol>
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"><li>21. Asistencia y asesoramiento inadecuado en la tramitación de un siniestro.</li></ol>
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none"><li>22. Comercialización de seguros de alto riesgo a personas con un perfil inversor adverso al riesgo.</li><li>23. Incumplimiento de la obligación de entregar la póliza de seguro.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2009

SEGUROS
<b>Seguros de personas</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Denegación del pago de la prestación de la incapacidad reclamada y rescisión de la póliza.</li><li>2. Incumplimiento del deber de entregar la nota informativa previa a la contratación de un seguro de vida.</li><li>3. Incumplimiento del contenido obligatorio de la nota informativa previa.</li><li>4. Rechazo no justificado del pago de la prestación por incapacidad temporal.</li><li>5. Cálculo del valor de reducción en un seguro de vida.</li><li>6. Movilización de un plan de previsión asegurado.</li><li>7. Devolución de prima no consumida a persona distinta del tomador del contrato.</li><li>8. Seguro unit link en el que no se recogen todos los gastos inherentes a la operación.</li><li>9. Inadecuada actuación de la entidad aseguradora en un seguro de vida unit link invertido en un bono emitido por Lehman Brothers.</li><li>10. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente no declarada en el cuestionario.</li><li>11. Denegación de la cobertura de decesos.</li></ol>
<b>Seguros de daños</b> <ol style="list-style-type: none"><li>12. Cálculo de una indemnización por interrupción de un viaje en un seguro de asistencia.</li><li>13. Devolución de la prima no consumida en un seguro a prima única vinculado a un préstamo.</li><li>14. Denegación parcial de la garantía de robo en un contrato de seguro multirriesgo empresarial.</li><li>15. Inadecuada tramitación de un siniestro de responsabilidad civil en un seguro multirriesgo de comunidades.</li><li>16. Denegación parcial del importe de una factura dentro de la garantía de asistencia en el hogar.</li><li>17. Interpretación de una póliza de responsabilidad civil.</li><li>18. Suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica en un contrato de seguro multirriesgo de comercio.</li></ol>
MEDIACION
<ol style="list-style-type: none"><li>19. Asistencia y asesoramiento inadecuados en la tramitación de un siniestro.</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>20. Comercialización de planes con garantía financiera a largo plazo para partícipes próximos a la jubilación.</li><li>21. Disminución del valor de los derechos consolidados e información trimestral de la evolución del plan de pensiones.</li><li>22. Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por desempleo preexistente.</li></ol>
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none"><li>23. Comercialización de distintos productos al contratar un préstamo hipotecario.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2010

SEGUROS
<b>Seguros de personas</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Falta de claridad en la definición de los valores de rescate en un seguro de vida.</li><li>2. Concesión de un préstamo personal para contratar un seguro unit link.</li><li>3. Aclaración de la liquidación de una indemnización de un contrato de seguro de vida para caso de fallecimiento.</li><li>4. Cuestionario de salud.</li><li>5. Negativa a abonar la indemnización al beneficiario de un seguro de vida por falta de firma de la póliza.</li><li>6. Incremento desproporcionado de la prima en un seguro de enfermedad.</li><li>7. Cómputo del plazo para indemnizar una incapacidad temporal.</li><li>8. Incumplimiento del deber de entrega de la nota informativa previa en el seguro de decesos.</li><li>9. Rechazo del pago de la prestación de una póliza de decesos.</li></ol>
<b>Seguros de daños</b> <ol style="list-style-type: none"><li>10. Indemnización en un seguro de robo.</li><li>11. Incorrecta aplicación de la regla proporcional en caso de infraseguro.</li><li>12. Indemnización por robo de un vehículo.</li><li>13. Alcance de la indemnización por responsabilidad civil al perjudicado.</li><li>14. Falta de oferta motivada.</li><li>15. Garantía de defensa jurídica condicionada a la reparación del vehículo.</li><li>16. Denegación del coste de un vehículo de alquiler en la cobertura de asistencia en viaje.</li></ol>
MEDIACION
<ol style="list-style-type: none"><li>17. Rehúse del siniestro por el corredor de seguros.</li><li>18. Contratación de un seguro sin consentimiento del tomador.</li><li>19. Impedimento de la movilización de un plan de pensiones hasta que el partícipe devuelva la bonificación.</li><li>20. Contratación de un plan de pensiones sin consentimiento del titular.</li></ol>

## RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2011

SEGUROS
<p><b>Seguros de personas</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.</li><li>2. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación.</li><li>3. Modificación de las condiciones inicialmente pactadas.</li><li>4. Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado.</li><li>5. Inexactitudes en el cuestionario de salud.</li></ol> <p><b>Seguros de daños</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos.</li><li>7. Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar.</li><li>8. Falta de oferta motivada.</li><li>9. Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor.</li><li>10. Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos.</li><li>11. Clausula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.</li></ol>
MEDIACION
<ol style="list-style-type: none"><li>12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.</li><li>13. Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones.</li><li>14. 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.</li></ol>

# 1. Seguros

**TIPO SEGURO:**

Desempleo.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

CNP IAM sucursal en España.

**ASUNTO:**

La entidad rechazaba el abono de la prestación por desempleo, por no haber procedido el reclamante a recurrir la decisión empresarial.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones estimó que no procedía aplicar la exclusión prevista en la póliza por lo que la entidad debía abonar la indemnización pactada.

**CONCLUSIÓN:**

Los supuestos de exclusión recogidos en las pólizas deben estar perfectamente tasados y definidos, y, por tanto, interpretarse según el sentido literal de los mismos.

**1/2011. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.**

El reclamante, tomador de un seguro de protección de pagos, denunciaba que, habiendo sido despedido por su empresa y notificado el hecho a la entidad aseguradora, ésta rechazaba el pago de la prestación por no haber recurrido el despido, en aplicación de una exclusión prevista en la póliza. Manifestaba que no procedió a reclamar contra la decisión empresarial, porque la propia empresa había reconocido la improcedencia del despido, como acreditaba la notificación que acompañaba a su reclamación.

La entidad reclamada alegó que la denegación del siniestro por desempleo estaba basada en la aplicación una exclusión recogida en la póliza, que establecía que *“No se considerará que esté en Desempleo al Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones; a) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores”*. Teniendo en cuenta la fecha de alta del asegurado en la empresa y su fecha de baja por despido, la aseguradora consideraba que la indemnización concedida en la carta de despido no se correspondía con los cuarenta y cinco días de salario por año de servicio previstos en el artículo 56 del Estatuto de los Trabajadores. Por tanto, y dado que el reclamante no había solicitado la nulidad del despido, a pesar de que contaba con evidente base jurídica para ello, quedaba sin cobertura en la póliza.

El Servicio de Reclamaciones consideró que si la propia empresa había reconocido la improcedencia del despido, la entidad aseguradora no podía rechazar el siniestro. La posible reclamación del trabajador no sería frente al despido, sino que se trataría, en su caso, de una reclamación de cantidad. En ningún caso es posible asimilar la reclamación contra el despido, a la reclamación por diferencias en la cuantía indemnizatoria, y así resulta del propio régimen procesal laboral, ya que los artículos 103 y siguientes de la Ley de Procedimiento Laboral articulan un procedimiento específico.

Por tanto, la aseguradora pretendía una aplicación extensiva de la causa de exclusión prevista en la póliza, pues exigía reclamar contra el empresario, no por la decisión del despido, sino por la cuantía de la indemnización reconocida. En consecuencia y al no proceder la aplicación de la exclusión alegada por la entidad, el Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de Ley de Contrato de Seguro, que establece la obligación de la entidad de satisfacer la indemnización tras la comunicación del siniestro.

**TIPO SEGURO:**

Decesos.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Mapfre Familiar, compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

**ASUNTO:**

La entidad no se hizo cargo de la prestación de decesos porque consideró que el seguro era nulo por enfermedad preexistente.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 10 de la LCS.

**CONCLUSIÓN:**

Las entidades aseguradoras deben asumir las consecuencias negativas de no realizar una adecuada valoración del riesgo previo a la contratación.

**2/2011. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación.**

La reclamante, exponía que, habiendo fallecido una de las aseguradas de la póliza, la entidad no se había hecho cargo de los gastos del servicio funerario, alegando que la persona fallecida estaba enferma en el momento en que contrató. Reconocía que, aunque sabía de la enfermedad de la asegurada, no actuó de mala fe, pues la aseguradora no sometió a cuestionario de salud a ninguno de los asegurados, por lo que debía hacerse cargo de la cobertura.

La entidad alegó que la póliza fue contratada el 1 de junio de 2007 y la asegurada falleció el 16 de mayo de 2008. La enfermedad se le diagnosticó en febrero de 2006 y desde esa fecha, la asegurada fallecida recibió tratamientos de radioterapia y quimioterapia. La aseguradora manifestaba que, el hecho de no someter a cuestionario previo a la contratación, no podía dejar inoperante la previsión contractual y legal sobre la exclusión de la cobertura en caso de omisión del padecimiento de una enfermedad grave y preexistente. Por tanto, y en aplicación del artículo 1265 del Código Civil, consideraba que su consentimiento a la contratación era nulo e ineficaz por la existencia de dolo, por lo que procedía la devolución de la parte de prima correspondiente a la asegurada fallecida.

El artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro establece que *“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

*El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.*

*Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.*

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la interpretación de la entidad, de entender que concurrió dolo en la prestación del consentimiento, como consecuencia de que la asegurada ocultó el padecimiento de una enfermedad grave y preexistente al momento de la contratación, no era conforme a la Ley de Contrato de Seguro. El citado artículo 10 configura el deber de declaración del tomador del seguro, como un deber de respuesta al cuestionario que presente el asegurador previo a la contratación, por lo que, no existiendo cuestionario, queda el tomador liberado de dicha obligación. En este caso, el asegurador no sometió a cuestionario de salud a ninguno de los asegurados, tampoco a la fallecida, por lo que debió haber procedido al pago de la prestación.

**TIPO SEGURO:**

Enfermedad.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Aegon España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**

Asesoramiento prestado en la contratación de una nueva póliza.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad ofreció un asesoramiento contrario a los intereses de su cliente.

**CONCLUSIÓN:**

Además del cumplimiento de los requisitos formales previos a la contratación, las entidades aseguradoras deben ofrecer un asesoramiento profesional y adecuado a las necesidades de sus clientes.

**3/2011. Modificación de las condiciones inicialmente pactadas.**

El reclamante denunciaba que la entidad aseguradora le había asesorado de forma inadecuada cuando, al tratar de informarse sobre la cobertura de su póliza en el extranjero, le recomendaron modificar su antigua póliza para ampliar las coberturas pactadas. Consideraba vulnerado el principio de buena fe contractual por parte de la entidad, pues aprovechando la ampliación, le anularon su póliza antigua para darle de alta en una nueva que excluía todas las consecuencias de una hernia discal lumbar, que hasta entonces tenía cubierta con su póliza anterior, pues fue diagnosticada durante su vigencia.

La entidad alegó que el reclamante tenía contratada desde 12 de enero de 1999 una póliza de seguro de la modalidad *Salud Premier Gold*, que se mantuvo en vigor hasta el 31 de diciembre de 2009. En diciembre de 2009, el reclamante cumplimentó y firmó la solicitud de una nueva póliza de seguro, de la modalidad *Más Salud*, que se emitió con fecha de efecto de 1 de enero de 2010. Para evitar la duplicidad de pólizas con un mismo tomador y asegurados idénticos, el seguro *Premier Gold* quedó anulado a la fecha de entrada en vigor de la nueva póliza. La entidad manifestaba que la segunda póliza fue solicitada por el propio reclamante, indicando su deseo de cambiar la póliza que mantenía en vigor por otra que gozara de mejores coberturas. El tomador firmó la solicitud del Seguro Más Salud, así como el cuestionario de salud en el que hizo constar expresamente que en año 2001 había sido intervenido de una hernia discal lumbar. Por esta razón se introdujo la siguiente exclusión concreta y expresa: "*Queda excluido todo lo derivado de la hernia discal lumbar*". Por tanto, la entidad consideraba que de toda la documentación se deducía claramente que, más allá de una mera solicitud de ampliación de garantías, el tomador era plenamente consciente de la suscripción de una nueva póliza de una modalidad distinta de la anterior, expresamente solicitada por su parte y acompañada de nuevos cuestionarios de salud para todos los asegurados.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, aunque existían declaraciones contradictorias entre las partes sobre la forma y motivos que llevaron al tomador a la contratación de la nueva póliza, lo cierto es que el nuevo contrato estaba firmado por el tomador. No obstante, la actuación de la entidad aseguradora no se consideró adecuada, desde el punto de vista del cumplimiento de las buenas prácticas que deben regir en el sector financiero, en especial, sobre deberes elementales de información al cliente que, de no cumplirse, pueden llevarle a decisiones contrarias a sus objetivos y necesidades económicas. No le advirtieron del hecho, perjudicial para sus intereses, de que en el nuevo contrato quedaría excluida una dolencia por la que se venía prestando cobertura y que la entidad conocía antes de la declaración del tomador, al haberse manifestado durante la vigencia de la póliza anterior.

**TIPO SEGURO:**  
Vida.

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Mapfre Caja Madrid Vida  
Sociedad Anónima de  
Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**  
Movilización de un plan de  
previsión asegurado.

**INFORME FINAL:**  
El criterio del Servicio de  
Reclamaciones fue  
apreciar un incumplimiento  
del artículo 3 de la LCS y  
de la Resolución de la  
DGSFP de 20 de octubre  
de 2008.

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

#### **4/2011. Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado.**

El reclamante manifestaba que el 3 de diciembre de 2009 había contratado un plan de previsión asegurado, traspasando los derechos consolidados que tenía en un plan de pensiones. En junio de 2010 decidió movilizar el valor del plan de previsión suscrito, conociendo entonces que su saldo había descendido, respecto del su valor inicial, en la cuantía de 109,77 €. El asegurado reclamaba dicho importe, porque en ningún momento le informaron correctamente del valor de su plan de previsión asegurado.

En sus alegaciones, la entidad aseguradora manifestaba que el importe del valor del plan en el momento de realizar el traspaso era inferior al de su apertura, y esta disminución se debió a que el importe a movilizar dependía del valor de mercado de los activos asignados a la póliza, de acuerdo con lo dispuesto en las condiciones especiales. La compañía afirmaba que, en su momento, se envió un ejemplar del contrato debidamente suscrito al asegurado, puesto que se emite por duplicado junto con el ejemplar para la aseguradora, por lo que consideraba cumplidas sus obligaciones de información y entrega de la documentación contractual.

El artículo 5 de la Ley de contrato de seguro establece que *“el contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional”*. Además el artículo 3 de la Ley obliga a redactar las condiciones generales y particulares de forma clara y precisa.

Por su parte, la Resolución de 20 de octubre de 2008 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen planes de previsión asegurados, establece que, sin perjuicio de las obligaciones de información a que se refiere el artículo 60 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y sus normas de desarrollo, las entidades aseguradoras deben hacer entrega a los tomadores que deseen contratar un plan de previsión asegurado de una nota informativa previa a la formalización con el contenido expresamente recogido en la Resolución. En concreto y, entre otra información, la nota informativa previa deberá contener lo siguiente:

*“f) Mención destacada al carácter ilíquido del contrato hasta el acaecimiento de una contingencia, sin perjuicio de reconocer y detallar los supuestos en los que se permite la disposición anticipada de los recursos conforme a lo previsto en la normativa aplicable, así como los criterios de valoración del derecho de disposición anticipada, con indicación expresa de que en tal supuesto no se aplicarán penalizaciones, gastos o descuentos”*.

*“l) Método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios, así como método de valoración y cálculo de los derechos de que son titulares”*.

Por tanto y teniendo en cuenta toda la regulación mencionada, cualquiera que sea el sistema elegido por la entidad para llevar a cabo

la asignación de activos, deberá darse cumplida información a los tomadores, de forma que permita su comprensión clara, precisa, objetiva y comprobable, y teniendo en cuenta la evolución del valor de los activos respecto del momento en que se satisfizo la prima.

En las condiciones especiales se recogía que, en caso de movilización de la provisión matemática, el valor del fondo asegurado se ajustaría al valor de mercado de los activos afectos a la póliza. En las condiciones particulares de la póliza se especificaba, en el apartado “*Activos asignados*”, que “*La póliza estará integrada en una cartera de activos convenientemente identificados en los registros de Mapfre Vida, S.A., siendo en cada momento los activos asignados a la póliza la parte alícuota de la cartera correspondiente a la Provisión Matemática de la misma*”. El Servicio de Reclamaciones consideró que esta definición no cumplía los requisitos de claridad y precisión exigidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, ni las exigencias de información previstas en la Resolución de 20 de octubre de 2008, pues no se especificaban los activos que respaldaban la provisión matemática, ni cómo se calculaba su valor de mercado a efectos de movilización o disposición anticipada de los derechos del tomador.

**TIPO SEGURO:**

Enfermedad.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Catalunyacaixa Vida, S.A.  
D' Assegurances i  
Reassegurances.

**ASUNTO:**

Declaración del riesgo.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones estimó la reclamación por incumplimiento del artículo 10 de la LCS.

**CONCLUSIÓN:**

El cuestionario de salud permite a la entidad aseguradora seleccionar los riesgos propuestos y realizar una adecuada valoración de los mismos, por lo que debe analizarse antes de la contratación y no en el momento en que se produce el siniestro

**5/2011. Inexactitudes en el cuestionario de salud.**

La reclamante manifestaba que con motivo de la solicitud de un préstamo, suscribió el 20 de diciembre de 2005 un seguro de vida con garantía complementaria de invalidez absoluta y permanente. En el momento de la contratación dejó constancia en la póliza suscrita que su ocupación era en ese momento la de "jubilada pensionista" por estar incapacitada para el ejercicio de su profesión habitual. En marzo de 2010 se le reconoció la incapacidad absoluta y permanente por lo que solicitó la prestación a la entidad aseguradora, quien en un primer momento le propuso la devolución de primas, para después ofrecerle el 50% de la indemnización prevista en la póliza.

La entidad aseguradora justificaba el rechazo del siniestro en que en la documentación médica facilitada por la reclamante, se había observado que existían enfermedades diagnosticadas antes de la contratación de la póliza y que no fueron declaradas en el momento de formalizar la solicitud del seguro. En el cuestionario de salud suscrito el 20 de diciembre de 2010 la tomadora contestó negativamente a las preguntas que le fueron formuladas, omitiendo antecedentes médicos y el hecho de que le había sido reconocida una incapacidad permanente total, indicando únicamente que era "jubilada pensionista". Así, y en aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, puesto que no contestó verazmente a las preguntas formuladas en el cuestionario de salud, no procedía el abono de la prestación reclamada. No obstante la entidad ofrecía, al haber declarado la tomadora ser jubilada pensionista, la devolución de la totalidad de las primas pagadas desde la entrada en vigor de la póliza, declarando nulo el seguro desde su inicio.

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece que *"El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

*El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.*

*Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación".*

La entidad aseguradora aportaba al expediente el cuestionario de salud firmado por la reclamante en el que aparecían contestadas negativamente todas las preguntas. Sin embargo, en el mismo documento figuraba declarado, en el apartado ocupación, que era "jubilada pensionista". Por tanto, el criterio del Servicio de



Reclamaciones fue que, disponiendo de esta información, la entidad tuvo conocimiento desde el inicio, de las inexactitudes existentes en el cuestionario y, sin embargo, no procedió a rescindir el contrato en el plazo del mes que estipula el artículo 10 de la Ley, por lo que transcurrido el mismo, la inexactitud quedó subsanada y la entidad debió haber procedido al abono de la indemnización reclamada.

**TIPO SEGURO:**

Responsabilidad civil de arquitectos.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (CASER)

**ASUNTO:**

La entidad rehúsa devolver la prima correspondiente a la responsabilidad civil derivada de una obra que nunca llegó a realizarse.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones consideró que se trataba de un supuesto de nulidad parcial del contrato respecto a la prima complementaria abonada por esa obra determinada.

**CONCLUSIÓN:**

La prima correspondiente a la participación de un arquitecto en un determinado proyecto que no llega a iniciarse debe devolverse al asegurado.

**6/2011. Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos.**

El reclamante indicaba en su escrito que había abonado en 2007 al Colegio de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Madrid la parte de prima del seguro de responsabilidad civil profesional que se paga cuando se visa una obra y que finalmente la obra no se inició. Por lo anterior reclamaba la devolución de la prima abonada a la entidad aseguradora.

La entidad reclamada alegó que su decisión de no devolver la prima abonada por el reclamante se basaba en lo establecido en las condiciones particulares del contrato: *“siempre que el asegurado permanezca dado de alta en la póliza, si se produjera una anulación parcial o total de la actuación profesional por parte del asegurado, el asegurador extornará la parte de prima correspondiente cobrada con anterioridad.”* El asegurado había reclamado la devolución de la prima en abril de 2010 y había causado baja como asegurado el 31 de diciembre de 2009. Por tanto, al no haber presentado su reclamación cuando era titular de derechos y obligaciones en su condición de asegurado, la entidad mantenía que no podía ostentar derecho alguno, puesto que ya no pertenecía al colectivo profesional asegurado.

El artículo 1261 del Código Civil, establece que *“No hay contrato sino cuando concurren los requisitos siguientes: 1. Consentimiento de los contratantes. 2. Objeto cierto que sea materia del contrato. 3. Causa de la obligación que se establezca.”*

Por otra parte, el artículo 1303 del mismo cuerpo legal establece que *“declarada la nulidad de una obligación, los contratantes deben restituirse recíprocamente las cosas que hubiesen sido materia del contrato, con sus frutos, y el precio con los intereses, salvo lo que se dispone en los artículos siguientes.”*

El Servicio de Reclamaciones consideró que, en el caso de que un arquitecto-asegurado abone una prima que se devengue exclusivamente en virtud de su participación en una obra determinada y dicha obra no llegue a realizarse, ni pueda derivarse de la actuación profesional respecto a la misma ninguna responsabilidad civil, no llegaría a existir en ningún momento riesgo derivado de la citada obra. Lo anterior implicaba la nulidad parcial del contrato en lo referente a la obra no realizada y la entidad debía devolver la prima complementaria con sus intereses.

**TIPO SEGURO:**

Multirriesgo del hogar.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Biharko aseguradora Cía. de Seguros y Reaseguros S.A.

**ASUNTO:**

La entidad excluye de la cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria los daños estéticos causados a la vivienda del perjudicado.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones estimó que los daños causados estaban incluidos en la garantía de responsabilidad civil.

**CONCLUSIÓN:**

En los seguros de responsabilidad civil el perjudicado debe ser indemnizado por todos los daños y perjuicios sufridos dentro de los límites previstos en la póliza.

**7/2011. Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar.**

El reclamante indicaba en su escrito que había sufrido daños en su vivienda debido a filtraciones provenientes del piso superior al suyo. Se daba la coincidencia que, tanto su vivienda como la del causante, estaban aseguradas con la misma compañía. Ésta se hizo cargo de todos los daños menos de los estéticos pues la entidad entendía que la póliza del causante no los cubría. Le ofreció, a cambio, que los citados daños fueran cubiertos por su propia póliza de hogar.

La entidad reclamada alegó que en la cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de la póliza del causante no se incluían los daños estéticos mientras que en el contrato de la perjudicada sí se contempla como cobertura autónoma los daños estéticos.

En el contrato aportado al expediente por Biharko, en el apartado correspondiente a responsabilidad civil se establece que *“mediante la contratación de esta garantía, el asegurador asume el pago de las indemnizaciones que legalmente puedan exigirse hasta el límite establecido por siniestro por daños materiales o corporales ocasionados involuntariamente a terceros en virtud, entre otras, de la responsabilidad civil inmobiliaria como propietario de la vivienda asegurada”*. Entre las exclusiones de dicha garantía no se recogen los daños estéticos.

En consecuencia, el Servicio de Reclamaciones consideró que los daños estéticos objeto de la reclamación debían ser cubiertos al amparo de la garantía de responsabilidad civil y no por la póliza de hogar del perjudicado.

**TIPO SEGURO:**

Responsabilidad civil.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Línea Directa Aseguradora  
Sociedad Anónima  
Compañía de Seguros y  
Reaseguros,

**ASUNTO:**

Falta de presentación de una oferta motivada de indemnización en el seguro obligatorio de responsabilidad civil de vehículos terrestres automóviles.

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la oferta de la entidad no cumplía con los requisitos exigidos por el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

**CONCLUSIÓN:**

La oferta motivada debe incluir los informes y cualquier otra información de que disponga la Aseguradora para la valoración de los daños.

**8/2011. Falta de oferta motivada.**

El reclamante manifestó que fue atropellado por un vehículo asegurado en Línea Directa, sufriendo una serie de lesiones. Tras formular reclamación ante la entidad aseguradora, ésta le comunicó mediante telegrama una oferta de indemnización cifrada en 1.299,60 €. Según los cálculos de la perjudicada el importe debía ascender a 3.491,95 €. Entendía además la reclamante que la oferta de la entidad no cumplía con los requisitos establecidos en el artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

La entidad aseguradora reclamada, en sus alegaciones, no entró en el fondo del asunto, sino que se limitó a justificar el importe de la indemnización pagada. Entendía que cualquier otra decisión sobre la suficiencia en el abono de la indemnización debería ser sometida a criterio judicial.

El artículo 7.2 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, dispone que *“En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, que cumpla los requisitos del apartado 3. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de este artículo”*.

El apartado 3 del artículo 7 citado contiene los requisitos que debe tener la oferta de indemnización. Según la letra c), la oferta ha de contener *“de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, identificándose aquellos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada, de manera que el perjudicado tenga los elementos necesarios para decidir su aceptación o rechazo”*. Por su parte, según la letra d), *“se hará constar que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle”*.

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad no acreditó que su oferta de indemnización cumpliera los requisitos del apartado 3 del artículo 7, concretamente lo establecido en la letra c), por lo que no se podía considerar una verdadera oferta motivada que permitiera al reclamante optar por su aceptación o rechazo.

**TIPO SEGURO:**

Seguro obligatorio de vehículos a motor.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Helvetia Compañía Suiza Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**

Negativa de la entidad a cubrir un siniestro de responsabilidad civil de vehículos terrestres automóviles por entender que no había contrato en vigor.

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el documento emitido por la entidad era el establecido en el artículo 11 del Reglamento sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor y por tanto debía cubrirse el siniestro.

**CONCLUSIÓN:** la emisión de solicitudes que cumplan los requisitos establecidos reglamentariamente, vinculan a las entidades.

**9/2011. Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor.**

El reclamante indicó en su escrito que, con fecha 17 de septiembre de 2010, había aceptado un proyecto de seguro para su vehículo. Helvetia le entregó un documento acreditativo del seguro para que pudiera circular. El 19 de ese mismo mes colisionó con otro vehículo. Entregó el parte de accidente a Helvetia y no obtuvo respuesta alguna por lo que, tras comprobar que tampoco se le había cargado en su cuenta bancaria ningún recibo, se dirigió nuevamente a la compañía, que le informó que no se había llegado a emitir la póliza y, por tanto, no iba a cubrir el siniestro.

La entidad aseguradora reclamada alegó que era cierto que había emitido un proyecto de seguro, pero que en ningún caso ese documento constituía una propuesta de seguro.

El artículo 11 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor aprobado por Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, regula el contenido de la solicitud y de la proposición del seguro obligatorio y el artículo 12 del mismo texto legal establece que: *“la solicitud del seguro obligatorio, a partir del momento en que esté diligenciada por la entidad aseguradora o agente de ésta, produce los efectos de la cobertura del riesgo durante el plazo de quince días. Se entenderá que está diligenciada cuando se entregue al solicitante copia de la solicitud sellada por la entidad aseguradora o por su agente (...)”*.

El Servicio de Reclamaciones consideró que el documento aportado por el reclamante constituía una solicitud diligenciada por la entidad por lo que, a cambio del pago de la prima por parte del tomador, la entidad debía hacerse cargo de los daños provocados en el siniestro.

**TIPO SEGURO:**

Seguro obligatorio de vehículos.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (CASER)

**ASUNTO:**

Denegación de la indemnización por entender la entidad que al siniestro le resulta de aplicación una de las exclusiones contempladas en el artículo 5 del texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones estimó que los daños causados estaban incluidos en la garantía de responsabilidad civil del seguro obligatorio del tractor.

**CONCLUSIÓN:**

No deben hacerse por parte de las entidades interpretaciones extensivas en perjuicio de los asegurados.

**10/2011. Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos.**

El reclamante declaró haber causado daños, mientras circulaba con un tractor, a la fachada de un almacén. La compañía de seguros rehusó cubrir el siniestro al considerar que el asegurado ostentaba algún tipo de titularidad sobre el almacén. El reclamante indicó que ese extremo no era cierto.

La entidad reclamada alegó que el artículo 5 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, establece que *“la cobertura del seguro de suscripción obligatoria tampoco alcanzará a los daños en los bienes (...) de los que resulten titulares el tomador, el asegurado, el propietario o el conductor, (...)”*. CASER alegó que, al ser el reclamante el arrendatario del almacén que había sufrido los daños, por aplicación del citado artículo, quedaban excluidos de cobertura. La entidad argumentaba que es titular de un bien, en este caso, del almacén, toda persona que ostente un interés legítimo sobre el mismo, ya sea como propietario o arrendatario. Asimismo alegaba que otro motivo para denegar la cobertura era que el tractor, cuando causó los daños, estaba saliendo de su estacionamiento habitual a un terreno privado y, por tanto, no se trataba de un hecho de la circulación.

El artículo 2 del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, establece que *“1.- A los efectos de la responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor y de la cobertura del seguro obligatorio regulado, se entienden por hechos de la circulación los derivados del riesgo creado por la conducción de los vehículos a motor a que se refiere el artículo anterior, tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, urbanos o interurbanos, así como por vías o terrenos que sin tener tal aptitud sean de uso común. 2. No se entenderán hechos de la circulación: a. (...) b. Los derivados de la realización de tareas industriales o agrícolas por vehículos a motor especialmente destinados para ello, sin perjuicio de la aplicación del apartado 1 en caso de desplazamiento de esos vehículos por las vías o terrenos mencionados en dicho apartado cuando no estuvieran realizando las tareas industriales o agrícolas que les fueran propias. (...)”*.

El Servicio de Reclamaciones consideró que, de acuerdo con el artículo anterior, y teniendo en cuenta que en el momento de ocurrencia del siniestro, el tractor se encontraba saliendo de su estacionamiento habitual para dirigirse a un terreno privado, el supuesto tenía la consideración de hecho de la circulación a efectos de la cobertura del seguro de responsabilidad civil obligatorio.

En cuanto a la titularidad del bien alegada por la entidad, el Servicio de Reclamaciones consideró que, de tratarse del arrendatario del mismo, cuestión nunca acreditada por la entidad y negada por el reclamante, no podía excluirse de cobertura el siniestro al amparo del artículo 5 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, pues el arrendatario tan sólo adquiere el uso de la cosa (conforme al artículo 1546 del Código Civil) y por tanto, al no ser el titular del bien como exige el artículo 5 citado, tampoco podía la entidad rehusar el siniestro.

**TIPO SEGURO:**  
Multirriesgo del hogar.

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**  
La entidad aplica la regla proporcional en el cálculo de una indemnización tras un siniestro.

**INFORME FINAL:**  
El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad no podía aplicar la regla proporcional.

**CONCLUSIÓN:**  
Si en los contratos se incluyen cláusulas más beneficiosas para los derechos de los asegurados, éstas prevalecen sobre lo estipulado en la Ley.

**11/2011. Clausula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.**

El reclamante indicó en su escrito que no estaba de acuerdo con la decisión de la entidad de aplicarle una deducción en el importe de la indemnización por unos daños derivados de unas filtraciones de agua en la vivienda asegurada.

La entidad alegó que se trataba de un caso de infraseguro y por tanto que resultaba de aplicación la regla proporcional.

El artículo 30 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que *“si en el momento de la producción del siniestro la suma asegurada es inferior al valor del interés, el asegurador indemnizará el daño causado en la misma proporción en la que aquélla cubre el interés asegurado. Las partes, de común acuerdo, podrán excluir en la póliza, o con posterioridad a la celebración del contrato, la aplicación de la regla proporcional prevista en el párrafo anterior.”*

En las condiciones generales del contrato suscrito se regulaba que si se suscribía el seguro en la modalidad *“valor recomendado”*, la compañía renunciaba totalmente a la aplicación de la regla proporcional. En el contrato aportado por la propia entidad se indicaba que la modalidad del mismo era la de *“valor recomendado”*.

En virtud de lo anterior el Servicio de Reclamaciones indicó a la entidad que debía abonar la totalidad del importe en el que habían sido tasados los daños sin deducción de ninguna cantidad por razón del infraseguro detectado.

## 2. Mediación

### ENTIDAD RECLAMADA:

Guipuzcoano Correduría de Seguros Grupo Banco Guipuzcoano.

### ASUNTO:

La correduría expidió un certificado, de cuya redacción, podría desprenderse que existía un seguro en vigor.

### INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación del mediador había sido contraria al artículo 6.1 de la Ley 26/2006, de Mediación de Seguros Privados.

### CONCLUSIÓN

El contenido de la documentación que se entregue a los asegurados debe ser claro y preciso.

### 12/2011. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.

El reclamante explicaba en su escrito que había entregado 130.000 € a una constructora como pago a cuenta de una vivienda de futura construcción. En ese momento fue informado de la existencia de un seguro que garantizaba la citada cantidad. Como la vivienda nunca le fue entregada solicitó los 130.000 € a la aseguradora y descubrió que la póliza nunca había llegado a emitirse.

La correduría alegó que la constructora requirió sus servicios de mediación al objeto de contratar una póliza de afianzamiento de cantidades anticipadas para la compra de viviendas. Indicó que había llegado a presentarle una oferta con una determinada entidad aseguradora. Reconocía asimismo haber expedido certificados, en los que se indicaba que la póliza se hallaba *“en tramitación”*. Sin embargo el contrato, finalmente, nunca llegó a suscribirse por no haber aportado la empresa constructora la documentación requerida al efecto.

Entre la documentación aportada al expediente por el reclamante se encontraba un certificado expedido por la correduría en el que se hacía constar que la constructora *“tiene tramitada, a través de Guipuzcoano Correduría de Seguros S.A. una póliza de seguro de afianzamiento colectivo de cantidades anticipadas para la compra de viviendas Grupo Banco Guipuzcoano con ACC Seguros”*.

El artículo 6.1 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados establece que *“los mediadores de seguros ofrecerán información veraz y suficiente en la promoción, oferta y suscripción de los contratos de seguro, y en general, en toda su actividad de asesoramiento”*.

El Servicio de Reclamaciones consideró que la redacción del certificado expedido por Guipuzcoano carecía de la claridad exigible a un documento de esa naturaleza, puesto que no permitía conocer con certeza si la póliza a la que se refería había sido o no formalizada, generando una situación de indefensión al asegurado/reclamante.

### 3. Planes de Pensiones

**TIPO DE OPERACIÓN:**  
Plan de Pensiones.

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Bansabadell Pensiones  
E.G.F.P. S.A.

**ASUNTO:**  
Diferencia surgida entre el importe a movilizar que fue inicialmente comunicado por la entidad y el valor que efectivamente fue traspasado.

**INFORME FINAL:**  
El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad es responsable de la información proporcionada al partícipe, de manera que debería adoptar las medidas necesarias para verificar en todo momento la exactitud de la información suministrada.

**CONCLUSIÓN:**  
No es admisible que el partícipe obtenga información que pueda inducir a error por no especificar, al publicar el valor liquidativo, la fecha a la que se refiere.

**13/2011. Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones.**

El reclamante era partícipe del Plan de Pensiones BS Pentapensión. El 12 de Julio de 2011, la entidad depositaria le ofreció movilizar sus derechos consolidados a un plan garantizado, el Plan Rendimiento Fijo 11 PP. Ese mismo día, el partícipe consultó el valor de sus derechos consolidados y preguntó si el valor a traspasar era el que aparecía en pantalla. La entidad informó que podía variar, dado que se valoraría “con el precio de liquidación de la tarde”, y le adjuntó toda la documentación a firmar para la movilización, que fue devuelta cumplimentada por el partícipe.

Al día siguiente, el partícipe solicitó verificar la operación realizada ya que en su consulta aparecía por un importe inferior al inicialmente informado, y la entidad le confirmó la cuantía del día anterior (69.817 €).

Finalmente, el 14 de julio de 2011, la entidad depositaria comunicó el valor efectivo del traspaso (69.307 €) y explicó que el importe consultado por el partícipe de sus derechos consolidados el día 12 correspondía a la valoración del día 10, y por tanto, a pesar de haberla confirmado, no es la utilizada a efectos de la movilización. La valoración del día 12 es conocida 2 días después, es decir, es el día 14 cuando se conoce la valoración del día 12.

La entidad gestora estimó que había cumplido la normativa al respecto, en concreto, lo establecido en el artículo 50.5 y 75.5 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones. Asimismo, destacó que desde la entidad se avisó de que el importe de 69.817 € podía variar.

En relación con la información sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados, este Servicio de Reclamaciones indicó que la entidad gestora ha de cerciorarse de que la información recibida por el partícipe sobre sus derechos económicos es la adecuada. Si la entidad gestora habilita un procedimiento de consulta informatizado sobre planes de pensiones, ha de responsabilizarse frente a los partícipes de que la información que reciben a través de este mismo medio es veraz, actualizada y fiable. No es admisible que el partícipe obtenga información que pueda inducir a error por no especificar al publicar el valor liquidativo, la fecha a la que se refiere.

La entidad es responsable de la información proporcionada al partícipe, ya sea directamente o a través de un “contact centre”, de manera que debería adoptar las medidas necesarias para verificar en todo momento la exactitud de la información suministrada.

**TIPO DE OPERACION:**  
Plan de pensiones.

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Mediterráneo Vida S.A. de Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**  
Solicitud de rescate de un plan por incapacidad, habiendo sido reconocida antes de la contratación del plan.

**INFORME FINAL:**  
El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que en la actuación de la entidad no se apreciaba incumplimiento de la normativa reguladora de planes y fondos de pensiones.

**CONCLUSION:**  
Los planes de pensiones son instrumentos de ahorro-previsión de carácter finalista para la cobertura de contingencias que puedan acaecer en el futuro, por lo que no procede el cobro por situaciones existentes antes de suscribirlos.

**14/2011. No cobertura de la incapacidad permanente reconocida antes de la contratación del plan de pensiones.**

En 2004 el reclamante traspasó los derechos consolidados que tenía en un plan de pensiones gestionado por BBVA Pensiones S.A al "Plan Personal Mediterráneo", denominación comercial de un conjunto de planes de pensiones gestionados por Mediterráneo Vida S.A de Seguros y Reaseguros.

En diciembre de 2010, con 52 años de edad, solicitó el rescate por encontrarse jubilado por incapacidad permanente total.

La entidad le denegó el rescate por la contingencia de incapacidad por haber contratado el plan después de producirse la misma. Según certificado del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el reclamante era pensionista por incapacidad laboral permanente total desde junio 1993.

La entidad gestora Mediterráneo Vida S.A. manifestó que el reclamante se encontraba jubilado por incapacidad permanente desde 1993, es decir, antes de suscribir el plan de pensiones originario (en 2001) y de realizar las primeras aportaciones. De esta forma, la entidad consideró que se daba una situación de incompatibilidad entre aportaciones y prestaciones recogida en la normativa vigente. En concreto, invocó los apartados 1 y 3 del artículo 11 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004 de 20 de Febrero y una consulta resuelta por esta Dirección General.

La entidad manifestó que actuó de forma correcta en la contratación y comercialización y en la negativa a abonar al reclamante los derechos consolidados por la contingencia de incapacidad.

El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que en la actuación de la entidad no se apreciaba incumplimiento de la normativa reguladora de planes y fondos de pensiones.

Las personas en situación de incapacidad laboral pueden suscribir planes de pensiones y realizar aportaciones para otras contingencias susceptibles de acaecer en el futuro. Los planes de pensiones son instrumentos de ahorro-previsión de carácter finalista para la cobertura de contingencias que puedan acaecer en el futuro, por lo que no procede el cobro por situaciones existentes antes de suscribirlos. Las aportaciones realizadas después del reconocimiento de la incapacidad pueden incrementar la prestación de incapacidad y cobrarse por dicha contingencia únicamente si el interesado tuviera un plan de pensiones antes de producirse la incapacidad.

**TIPO DE OPERACION:**  
Plan de pensiones.

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Vida Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros.

**ASUNTO:**  
Retraso en la movilización de los derechos consolidados de un plan de pensiones.

**INFORME FINAL:**  
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad Vida Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros no ajustó su actuación a lo previsto en el artículo 50.4 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.

**CONCLUSION:**  
La utilización del Sistema Nacional de Compensación Electrónica no exime del cumplimiento de los plazos previstos en el artículo 50.4 del citado Reglamento.

**15/2011. Retraso en la movilización de derechos consolidados. Los sábados se consideran días hábiles a efectos de movilizaciones.**

La reclamante solicitó el 13 de mayo de 2010 la movilización de los derechos consolidados de su plan de pensiones "Plan Naranja 2040", gestionado por Vida Caixa, al "Plan de pensiones Uniplan" gestionado por Unicorp Vida. El traspaso se hizo efectivo el 28 de mayo de 2010, tras lo cual, la reclamante presentó una reclamación a la entidad de destino demandando justificación del plazo de tiempo empleado en la movilización, así como información acerca de los valores, deuda, etc. donde invertía el plan de pensiones.

Respecto de la actuación de Unicorp Vida, gestora de destino, tanto la reclamante como la propia entidad, convinieron en afirmar que la solicitud de movilización se efectuó el 13 de mayo de 2010.

En relación con la actuación de Vida Caixa, entidad de origen, se observó que a pesar de los sucesivos requerimientos de información realizados por este Servicio de Reclamaciones, no quedó acreditada documentalmente la fecha exacta de recepción de la solicitud por Vida Caixa en el Sistema Nacional de Compensación Electrónica, ya que la entidad presentó 3 certificados con fechas diferentes sobre la operación.

Este Servicio de Reclamaciones trasladó las siguientes consideraciones:

El artículo 50.8 del Reglamento autoriza en los procedimientos de movilizaciones que la transmisión de la solicitud, la transferencia de efectivo y la transmisión de la información entre entidades intervinientes puedan realizarse a través del SNCE. No obstante, la utilización del SNCE no exime del cumplimiento de los plazos previstos en el artículo 50.4 del citado Reglamento.

El artículo 50.4 del Reglamento señala que la transferencia debe ser ordenada en el plazo de cinco días hábiles desde la recepción de la solicitud de movilización. En el cómputo de días hábiles se excluyen exclusivamente los domingos y aquellos otros declarados feriados por las distintas Administraciones Públicas.

Para cumplir con este plazo reglamentariamente establecido, si la orden se recibió el 15 de mayo en el SNCE, la entidad tuvo 5 días hábiles para ordenar la transferencia, finalizando el plazo el día 21 de mayo. Vida Caixa ordenó la transferencia el día 25 de mayo, por lo que, respecto a los plazos, se consideró que su actuación no se ajustó a lo dispuesto en el artículo 50.4 del Reglamento.

## CAPITULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA

Uno de los objetivos primordiales del Servicio de Reclamaciones es el de ofrecer a los ciudadanos un mayor conocimiento de sus derechos y de 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 [www.dgsfp.meh.es](http://www.dgsfp.meh.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 HACIENDA**

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome | Mapa web | Contacto | **RSS**

### Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

- **[La Dirección General](#)**  
Estructura y funciones, Direcciones y teléfonos, ...
- **[Comunicaciones a la DGSFP](#)**  
Documentación estadístico-contable (DEC), 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](#)**  
Presentación de reclamaciones, Criterios, ...
- **[Seguros agrarios combinados](#)**  
Seguros agrarios combinados, Normas de peritación, Resolución de la DGSFP por la que se establecen ...

**sede electrónica** | **Buzón virtual** 455 adhesiones - [Información](#)

Planes y Fondos de Pensiones | Mediadores y Canales | Financiera y Actuarial | Carta de Servicios

**GASPAR GASPAR**  
Guía para la contratación de seguros y planes de pensiones

**the spanish economy** | **finanzas para todos** | **ES Economía Sostenible**

### Noticias

- Ya puede descargarse la aplicación de captura de la **INFORMACIÓN ANUAL** para corredores de seguros, reaseguros, agentes de seguros vinculados y operadores banca-seguros vinculados
- Estrés - Test 2011
- Disponibles los envíos telemáticos de las cuentas anuales e informes de auditoría, los informes de control internos y las normas de separación entre gestora y depositaria
- Ya puede descargarse las aplicaciones de captura de las DEC de Información TRIMESTRAL y ANUAL de gestoras y fondos de pensiones
- Formación de Mediadores Resolución de 18 de febrero de 2011, deroga la Resolución de 28 de julio de 2006
- Jornada de presentación de los resultados del QIS 5 en España, el próximo día 23 de marzo a las 11:30 horas, en el Salón de Actos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, sótano 1, Madrid) Invitación y programa
- Ya puede descargarse la aplicación de captura de la DEC ANUAL de canales de distribución
- Ya puede descargarse las aplicaciones de captura de las DEC de Información TRIMESTRAL y ANUAL de seguros colectivos de entidades aseguradoras y mutualidades de previsión social
- Se publica convocatoria para cubrir los puestos del Comité científico asesor del European Systemic Risk Board
- Publicada la Memoria estadística anual de entidades aseguradoras 2009
- Resolución de 11 de enero de 2011, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publica el tipo de interés máximo a utilizar en el cálculo de la provisión de seguros de vida, de aplicación al ejercicio 2011
- Ya puede descargarse la aplicación de captura de la **INFORMACIÓN SEMESTRAL** a remitir por los corredores de seguros, corredores de reaseguros, agentes de seguros vinculados y operadores banca-seguros vinculados

guía de navegación | **W3C CSS** ✓ | **W3C XHTML** ✓ | **W3C WAI AA** ✓

## Protección al Asegurado - Servicio de Reclamaciones

### Procedimiento para la Presentación de Quejas y Reclamaciones

El [Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros aprobado por el Real Decreto 303/2004 de 20 de febrero](#), regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones se configura como un mecanismo de resolución de conflictos en materias relacionadas con contratos de seguro y planes de pensiones que deriven de la actuación de entidades aseguradoras, gestoras de fondos de pensiones y mediadores de seguros. Los procedimientos desarrollados ante el Servicio de Reclamaciones son procedimientos extrajudiciales de protección de los derechos de los ciudadanos de carácter gratuito, al margen de las instancias judiciales.

- [Guía Práctica para la Presentación de Quejas, Reclamaciones y Consultas](#) (57 KB)

### Más información sobre el procedimiento

- [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 - ¿Cómo plantear una reclamación ante una entidad aseguradora que opera en España en régimen de libre prestación de servicios?](#) (64 KB)
- [PG5 - 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

Esta información se encuentra disponible de forma individual para cada compañía en el [Servicio de consulta de Registros públicos](#)

- [Atención al cliente y defensor del cliente de Consorcio de Compensación de Seguros](#) (365 KB)

### Red Transfronteriza Europea (FIN-NET)

- [Red Transfronteriza Europea para la tramitación extrajudicial de reclamaciones en materia de servicios financieros \(FIN-NET\)](#) <sup>12</sup>

### Criterios del Servicio de Reclamaciones

Se informa que los criterios expuestos a continuación se utilizan por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la resolución de sus informes sin que tengan carácter vinculante ni la consideración de actos administrativos, y en consecuencia, contra ellos no cabe recurso alguno.

- [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](#)

### Informes

- [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)

## INFORMACIÓN GENERAL

En este epígrafe se encuentra publicado, en primer lugar, el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero.

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 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. FIN-NET es 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, habiéndose tramitado durante el año 10 reclamaciones a través de la red. 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 header of the FIN-NET website. It features the European Union flag on the left, the FIN-NET logo (a blue banner with yellow stars and the text 'FIN-NET') in the center, and the text 'Financial Dispute Resolution Network' to the right. A small 'English' language selector is visible in the top right corner.

Below the header is a navigation menu with the following items:

- Welcome
- How to use FIN-NET?
- Members
- Key documents
- News

### Welcome to FIN-NET

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.

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.

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 [www.sededgsfp.gob.es/](http://www.sededgsfp.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.

The screenshot shows the 'Sede Electrónica' website interface. At the top, it features the logo of the Spanish Government and the Ministry of Economy and Finance, specifically the 'Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones'. Navigation links for 'Bienvenidos', 'Benvinguts', 'Benvidos', 'Ongi etorri', and 'Welcome' are visible. The main content area is titled 'PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS' and contains a descriptive paragraph about the services available. Below this, there are two columns of links: 'Tipo de procedimiento o servicio administrativo' and 'Mapa de procedimientos y servicios administrativos'. A sidebar on the left lists various services like 'Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones' and 'Mediadores de seguros y reaseguros'. At the bottom, there are buttons for 'Preguntas frecuentes', 'Contacte con nosotros', 'Portal Web de la DGSFP', and 'Enlaces de interés'.

**GOBIERNO DE ESPAÑA** **MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA**  
**Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

Inicio > Procedimientos y servicios

**Fecha y Hora Oficial**  
21/03/2011  
13:35:14

**Procedimientos y servicios**

- Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones
- Mediadores de seguros y reaseguros
- Certificaciones de la DGSFP
- Comunicaciones a la DGSFP
- Documentación estadístico-contable (DEC)
- 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**

- Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones
- Mediadores de seguros y reaseguros
- Certificaciones de la DGSFP
- Comunicaciones a la DGSFP
- Documentación estadístico-contable (DEC)

**Mapa de procedimientos y servicios administrativos**

- 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

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.

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

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

Inicio > Procedimientos y servicios > Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones > Listado de páginas de protección al asegurado - Servicio de reclamaciones

**Fecha y Hora Oficial**  
21/03/2011  
13:36:53

**Procedimientos y servicios**

**Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones**

Mediadores de seguros y reaseguros

Certificaciones de la DGSFP

Comunicaciones a la DGSFP

Documentación estadístico-contable (DEC)

Lista completa de procedimientos y servicios

Consulta de expedientes

Notificaciones electrónicas

Ayuda

**Procedimientos y servicios - Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones**

El [Relamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros](#) aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, regula el procedimiento de presentación de consultas, quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones se configura como un mecanismo de resolución de conflictos en materias relacionadas con contratos de seguro y planes de pensiones que deriven de la actuación de entidades aseguradoras, gestoras de fondos de pensiones y mediadores de seguros. Los procedimientos desarrollados ante el Servicio de Reclamaciones son procedimientos extrajudiciales de protección de los derechos de los ciudadanos de carácter gratuito, al margen de las instancias judiciales.

**Ciudadanos**

- [Presentar queja o reclamación](#)
- [Presentar consulta](#)
- [Presentar documentación adicional](#)

**Compañías**

- [Presentar alegaciones](#)

[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 \(155 KB\)](#)

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

Guía de navegación | Accesibilidad | Aviso legal | Mapa web

Respecto a la experiencia desde su implantación, en el cuadro que se muestra a continuación, 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 40% con respecto al año anterior.

**CUADRO XXVI.  
DOCUMENTACIÓN RECIBIDA POR VÍA TELEMÁTICA**

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
Enero	8	25	26	284
Febrero	11	24	19	356
Marzo	6	41	14	444
Abril	8	17	14	372
Mayo	15	22	15	425
Junio	13	26	23	456
Julio	8	23	33	382
Agosto	6	19	13	187
Septiembre	21	36	22	312
Octubre	5	39	24	337
Noviembre	9	34	16	360
Diciembre	23	45	27	334
<b>TOTAL 2011</b>	<b>133</b>	<b>351</b>	<b>246</b>	<b>4.249</b>
<b>TOTAL 2010</b>	<b>114</b>	<b>299</b>	<b>201</b>	<b>3.079</b>

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 Hacienda de acuerdo con lo dispuesto en la Orden EHA/693/2008, de 10 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 72 y son las reflejadas en el siguiente cuadro.

**CUADRO XXVII.  
ENTIDADES ADHERIDAS A LAS COMUNICACIONES TELEMÁTICAS**

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
E0202	AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA
C0692	AIDE ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0109	ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0341	ARESA SEGUROS GENERALES, S.A
C0001	ASEGURADORES AGRUPADOS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS "ASEGRUP".
E0152	ASPECTA ASSURANCE INTERNATIONAL LUXEMBUR
C0711	AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
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
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.
C0038	CAHISPA, S.A. DE SEGUROS GENERALES.
C0584	CAHISPA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS DE VIDA
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)
C0798	CAJACANARIAS ASEGURADORA DE VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0792	CAJASOL VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0779	CAN SEGUROS GENERALES, S.A.
G0219	CASER PENSIONES, ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES S.A.
C0605	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES
G0210	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES
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
C0764	CLICKSEGUROS, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.(SOCIEDAD UNIPERSONAL)
C0554	COSALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
C0731	DEPSA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0166	DUERO PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
G0088	EUROPENSIONES S.A., E.G.F.P.
C0688	EUROVIDA, SOCIEDAD ANONIMA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0072	GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0157	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0730	HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
G0079	IBERCAJA PENSION, S.A., E.G.F.P.
C0720	LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0778	MAPFRE CAJA MADRID VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0058	MAPFRE FAMILIAR, 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
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
M0083	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
M0124	MUTUALIDAD ARROCERA DE SEGUROS A PRIMA FIJA
M0140	MUTUALIDAD DE LEVANTE, ENTIDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0693	PELAYO MONDIALE VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0320	SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
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
C0619	SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A.
C0697	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.
C0517	SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0683	SEGUROS LAGUN ARO VIDA, S.A.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, 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
E0189	ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA
C0039	ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

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.



**GASPAR**  
Guía del asegurado  
y del partícipe

GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA  
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](#)

Contacto | Enlaces de interés | Mapa web

**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)

### 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 subyacente a estas operaciones no siempre es conocida/entendida por el tomador del seguro o partícipe del plan de pensiones en la parte que le pudiera afectar, con las consecuencias negativas que esto conlleva en muchos casos. Y en parte esto se debe a una complejidad sustantiva cuya oscuridad el sector no siempre ha conseguido despejar en beneficio de la transparencia del producto.

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 GASPAR. 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.

GASPAR 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 GASPAR 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 reiteradamente presentan alguna dimensión problemática.

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 del instrumento.

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 GASPAR se ubica como elemento complementario, nunca sustitutivo.

© 2008 DGSFP | WC: CSS | WC: XHTML | WC: WAI - A

## 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.

Este Convenio prevé la colaboración con otros organismos o instituciones de forma que si el desarrollo del plan así lo aconseja, se promoverá la colaboración con cualesquiera otros organismos o instituciones, públicos o privados, que ateniéndose a las directrices del proyecto, puedan contribuir a la mejora de la cultura financiera de la población.

De acuerdo con lo anterior la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha suscrito 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. Se trata de una iniciativa en línea con los programas de formación puestos en marcha en otros países de nuestro entorno, basada en las recomendaciones y principios de la Comisión Europea y de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

El objetivo del Plan es mejorar la cultura financiera de los ciudadanos, dotándoles de los conocimientos básicos y las herramientas necesarias para que éstos manejen sus finanzas de forma responsable.

Respecto a los trabajos realizados hasta el momento en desarrollo del Plan, sigue operativa, tras su publicación en 2010, la página web en la dirección [www.finanzasparatodos.es](http://www.finanzasparatodos.es). **Finanzasparatodos** 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.

Accesibilidad | Mapa web | Contacto | RSS Idioma: Español Búsqueda Escribe texto a buscar Buscar

**finanzas para todos** plan de educación financiera CNMV BANCO DE ESPAÑA

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: Todos o bien dinos qué necesidad tienes: Todas

Glosario Enlaces Herramientas y calculadoras Novedades Sobre este proyecto

**Novedades**

**En enero el Euribor continuó bajando hasta el 1,837%**  
06-02-2012 En: [Novedades](#)

**El Euribor bajó hasta el 2,004% en diciembre de 2011**  
09-01-2012 En: [Novedades](#)

**¡Ya está disponible la nueva aplicación de escritorio: Mi Presupuesto!**  
22-12-2011 En: [Novedades](#)

**Una herramienta muy útil para elaborar el presupuesto**  
22-12-2011 En: [El presupuesto personal](#)

**¿Cuánto necesita ahorrar para la jubilación?**  
02-12-2011 En: [Novedades](#)

**El Euribor baja hasta el 2,044 % en noviembre**  
02-12-2011 En: [Novedades](#)

**El Euribor sube en octubre hasta el 2,110%**  
02-11-2011 En: [Novedades](#)

**¡Es el momento de chequear su salud financiera!**  
02-11-2011 En: [Novedades](#)

Más novedades >

**Lo más leído**

**Paso 1: Identificar Ingresos y gastos**  
En: [El presupuesto personal](#)

Probablemente sepa con qué ingresos cuenta cada mes, pero ¿sabe en qué lo gasta? Puede que le sorprenda descubrirlo.

**Compruebe sus conocimientos sobre el crédito**  
En: [Gestión del endeudamiento](#)

Revise sus ideas y opiniones sobre la utilización de dinero prestado.

**¿Tengo derecho a cobrar una ayuda por desempleo?**  
En: [Si se encuentra en el paro](#)

Conozca la diferencia entre la prestación y el subsidio por desempleo: requisitos para el cobro, cuantía y duración.

**¿Qué pasa si no puedo pagar un préstamo?**  
En: [Relaciones bancarias](#)

En estos casos lo peor es ignorar el problema. Hay que afrontar la situación, así es que lo primero que debe hacer es hablar con su banco o caja.

Más populares >

**Y además ...**

**El presupuesto personal**  
Descargar la aplicación: Mi Presupuesto

**Banco de Juegos**  
Banco de Juegos

**Colección de fichas: Consejos básicos de economía familiar**

**Necesitamos su opinión**  
Buzón de sugerencias

Síguenos en:  
Twitter Facebook YouTube RSS

Durante el curso académico 2010-2011, se llevó a cabo, dentro del Plan, un programa piloto de Educación Financiera, en colaboración con el Ministerio de Educación y otras autoridades educativas, en el que participaron 2.600 estudiantes de 32 centros, en 14 comunidades autónomas, además de Ceuta y Melilla. Siguiendo las directrices y recomendaciones de la OCDE se realizó una evaluación externa e independiente del programa. Los resultados obtenidos concluyeron que a lo largo del programa se produjo una mejora generalizada en los conocimientos técnicos del alumnado, destacándose una buena acogida por parte del alumnado y del profesorado. Por ello se considera oportuno que el mismo se extienda a más centros de enseñanza secundaria, y en esa línea se sigue trabajando

Hay que destacar, asimismo que, 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](#), la página web [gepeese](#). 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 | Ayuda

Buscador

Recursos para jóvenes y profesores

Inicio | Guías didácticas | Materiales didácticos | Hemeroteca | Banco de juegos | Glosario | Recursos | Banco de imágenes

Talleres de actividades | Utilidades de ayuda | ¿Sabías que...? | Recursos recomendados | Boletín | Agenda | La economía en ...

Personajes: Walt Disney

Viaje al extranjero

Utilidad de Ayuda: Líneas de...

¿Sabías que...?

¿Sabías que... 7 millones de niños americanos desaparecieron en una noche?  
Fuente: [Revista Historia, PaperBlog](#)  
La noche del 15 de Abril de 1987 "desaparecieron" siete millones de niños en EEUU, y...

¿Sabías que... Monedas curiosas?  
Fuente: [Billetes del mundo](#)  
La moneda más pequeña que ha circulado nunca es el cuarto de jawa nepalesa, acuñada en plata el ...

¿Sabías de dónde viene la palabra Salario?  
Fuente: [Curiosidades de la Historia, Procedencia de la palabra "salario"](#)  
En la época de los romanos, la sal era tan valiosa que los pagos a los funcionarios públicos se ...

Más curiosidades →

Recursos recomendados

[Aprende a diferenciar las tarjetas](#)  
Fuente: [Pasatiempo econopuzzle](#)  
Hay diferentes tipos de tarjetas, de crédito, de débito, monedero. ¿Sabes cuál es cuál?

[La Historia de las Monedas](#)  
Fuente: [La historia de las monedas](#)  
El conocer cómo nacieron, quienes las crearon, con qué finalidad se acuñaron, a quién o qué representan, ..., ha...

[Cómo el Euro se convirtió en nuestra moneda](#)  
Fuente: [Cómo el Euro se convirtió en nuestra moneda](#)  
Breve historia de los billetes y monedas. Publicación realizada por el Banco Central Europeo.

Más recursos →

Síguenos en ...

IRIS

Facebook | Twitter | YouTube

Contacta

Envíanos tus opiniones: [Contacta con nosotros](#)

Software

Descarga de programas [Software necesario](#)

Novedades

¡Susíbete a nuestro boletín de novedades!  
[Ver boletín](#)

Agenda

¡Mira nuestra agenda de eventos 2011!  
[Ver agenda](#)

Nube de etiquetas

revolución economía divisas consumo pobreza tarjetas problema dinero bolsa monedas gasto crisis pago bancarrota presupuesto inteligente ahorro impuestos taller negocio cuestionario vifeta curiosidad desigualdad riqueza industrial emprendedor especulación historia

La economía en ...

HISTORIA | PROTAGONISTAS | LITERATURA | CINE | CULTURA POPULAR | HUMOR

Accesos directos: [Guías didácticas](#) | [Materiales didácticos](#) | [Hemeroteca](#) | [Banco de juegos](#) | [Glosario](#) | [Recursos](#) | [Banco de imágenes](#) |

Material didáctico: [Demostraciones](#) | [Grupos de discusión / Juegos de rol](#) | [Estudios de caso](#) | [Cuestionarios](#) | [Pasatiempos y crucigramas](#) | [Problemas matemáticos](#) |

Recursos: [Software educativo](#) | [Herramientas de cálculo](#) | [Bases de datos](#) | [Referencias](#) | [Portales](#) | [Blogs](#) | [Publicaciones](#) | [Investigaciones](#) | [Enlaces de interés](#) |

Por último, otra de las actuaciones llevadas a cabo dentro del Plan de Educación Financiera durante 2011, como continuación a la labor iniciada en 2010, ha sido la colaboración de los tres organismos supervisores, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores con el Instituto Nacional de Consumo. La colaboración ha consistido en la realización de jornadas formativas en materia financiera dirigidas a los formadores de consumo (empleados de los organismos públicos que, a su vez, realizan actividades de formación a empleados de las Consejerías de las Comunidades Autónomas con competencias en Consumo o de las Oficinas Municipales de Consumo). Durante el año 2012 se prevé continuar la colaboración de los tres organismos con el Instituto Nacional de Consumo.

## 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 rechazo 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. 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).
- *Real Decreto 303/2004*, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.
- *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 EHA/639/2008*, de 10 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.

### **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.*