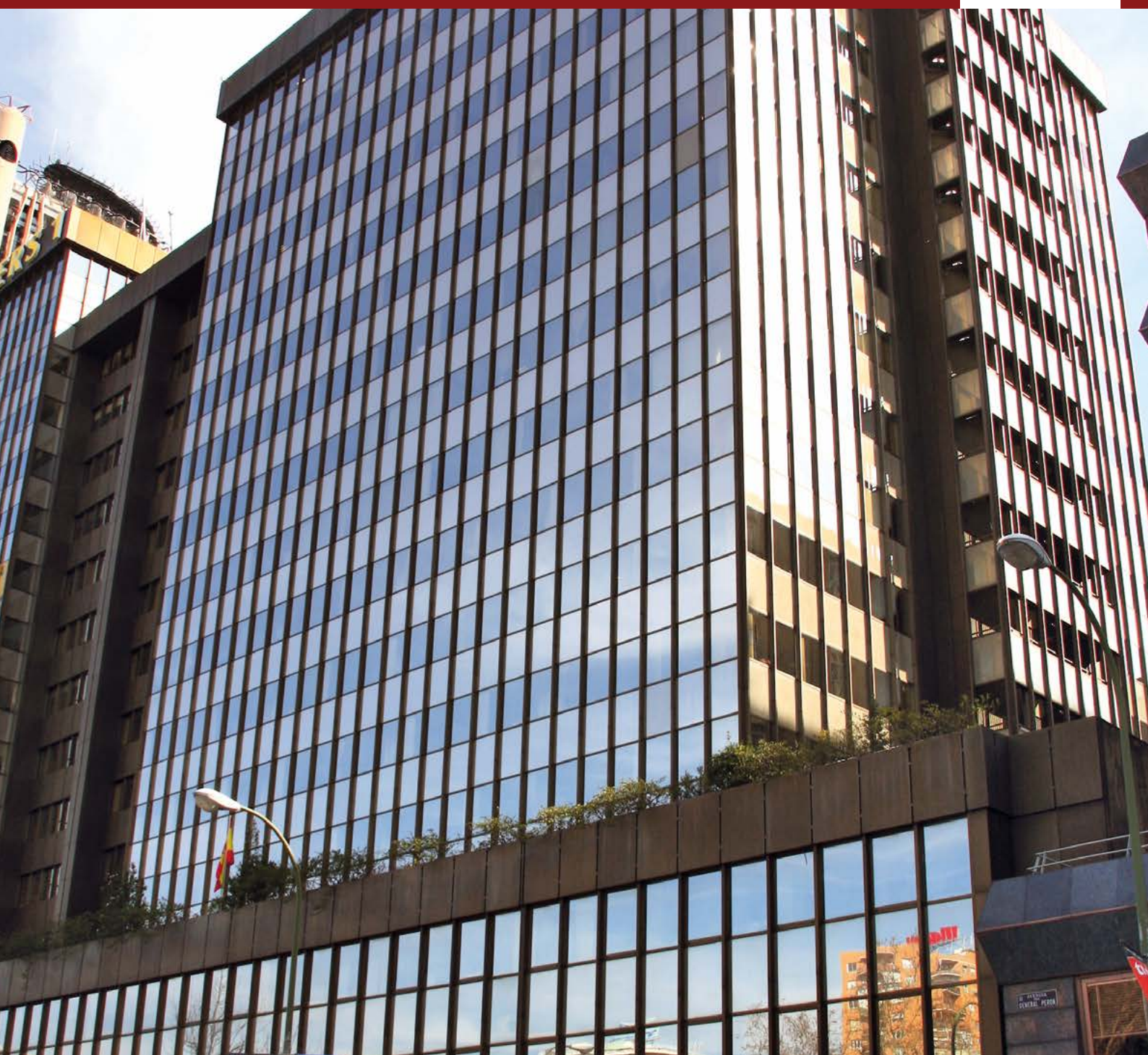


Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

20
19



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ASUNTOS ECONÓMICOS
Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA Y
APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS Y FONDOS
DE PENSIONES

La Tagliatella
RISTORANTI PIZZERIA

Índice

Presentación.....	5
Capítulo I. Informe estadístico 2019	8
1. Cifras generales	9
2. Seguros	14
3. Mediación	36
4. Planes de pensiones	39
1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares.....	39
2. Reclamaciones y consultas sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares	45
5. Unidad de atención telefónica.....	47
Capítulo II. Actividad de los departamentos o servicios de atención al cliente y de los defensores del cliente de las entidades aseguradoras	50
Capítulo III. Expedientes de especial interés.....	56
1. Seguros.....	58
2. Mediación.....	71
3. Planes.....	72
Capítulo IV. Información pública	74
Capítulo V. Criterios del servicio de reclamaciones.....	86
1. Seguros.....	86
2. Planes de pensiones.....	98
Anexo I. Cuadros estadísticos.....	102
Anexo II. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones.....	118

Índice

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 2019 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2019

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2019
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2019 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2019 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2019 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2019 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2019 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2019 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2019 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2019 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2019 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Mediación

- XI Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2019
- XII Reclamaciones de mediación resueltas en 2019 clasificadas por asuntos
- XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019

Índice

- XIII.2** Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIV** Evolución mensual de expedientes iniciados en 2019
- XV** Reclamaciones resueltas en 2019 clasificadas por asuntos
- XVI** Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019
- XVII** Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019 y análisis de la forma de terminación
- XVIII** Expedientes de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares, iniciados y resueltos en 2019

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

- XIX** Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2019
- XX** Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP

Expedientes de especial interés

- XXI** Relación de expedientes de especial interés publicados en 2019
- A.1.III** Relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores

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 2019. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, establece las competencias que corresponden en el ámbito de los seguros privados y los planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el servicio 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 2019, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, mediación y planes de pensiones. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número total de **expedientes iniciados** durante el año 2019 ha disminuido un 0,56% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 10.325. La disminución es de un 6,01% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de

planes de pensiones se ha producido un aumento del 48,57%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 10.444, lo que supone un aumento de un 10,39% respecto al año anterior.
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 30% aproximadamente terminó con un informe favorable a la entidad, un 26% finalizó con un informe favorable al interesado y en el restante 44% el Servicio de Reclamaciones no pudo emitir, a la vista de las circunstancias planteadas, un pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado. Si se tienen en cuenta únicamente los expedientes en los que ha existido un pronunciamiento del Servicio de Reclamaciones, puede afirmarse que aproximadamente el 53% se ha resuelto a favor de la entidad y el restante 47% a favor del reclamante.

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 2019, que, por las particularidades que plantean, se ha considerado conveniente destacar.

El informe dedica un capítulo a los **criterios del Servicio de Reclamaciones** donde se incluye, entre otras cuestiones, una relación de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas del sector asegurador y de los planes de pensiones.

Presentación

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

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

Entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019, como en años anteriores, 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 organismos supervisores. La andadura del plan comenzó en 2008 con la firma de un convenio

quinquenal que se ha renovado ya en dos ocasiones, por lo que el plan ha demostrado su vocación de permanencia. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del mismo se encuentra la octava edición del Programa de Educación Financiera. En el curso 2018-2019 se adhirieron al mismo 475 centros educativos, abarcando más de 23.000 estudiantes y más de 600 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Por último, hay que poner de manifiesto y destacar especialmente el trabajo desarrollado por el personal del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones que hace posible, dentro de los recursos disponibles, el desarrollo adecuado de esta parte importante del sistema de protección administrativa a los asegurados, beneficiarios, partícipes y otros interesados. Una labor que contribuye directamente a un mercado de seguros y fondos de pensiones más eficaz, transparente y confiable para los ciudadanos.

Sergio Álvarez Camiña
Director General de Seguros
y Fondos de Pensiones



Capítulo I

Informe estadístico 2019

Capítulo I

En este capítulo se recoge, en cifras, la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2019.

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

Este capítulo se divide en cuatro apartados:

- El primero, que comprende los cuadros I al IV, contiene las cifras totales de los expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones, incluyendo los referentes a la materia de seguros, mediación, y planes y fondos de pensiones.
- El segundo, cuadros V al X, contiene las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.
- El tercero, cuadros XI al XIII, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas frente a corredores y corredurías de seguros.
- El cuarto, cuadros XIV al XVIII, contiene las cifras de los expedientes relacionados con planes y fondos de pensiones.

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**. A efectos de esta publicación, los expedientes iniciados son los expedientes que derivan de reclamaciones, quejas o consultas, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019, 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 2019, independientemente de que se iniciaran en 2019 o en años anteriores.

Capítulo I

1. Cifras generales

Expedientes iniciados

Los cuadros I y II proporcionan diferente información sobre la totalidad de expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019.

El cuadro I contiene las cifras del total de expedientes de consultas, reclamaciones y quejas en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2017	2018	2019
Enero	782	757	764
Febrero	982	954	955
Marzo	1.105	952	953
Abril	746	872	973
Mayo	929	1.056	933
Junio	943	947	811
Julio	749	841	847
Agosto	640	710	667
Septiembre	670	773	691
Octubre	776	964	1.043
Noviembre	716	846	894
Diciembre	655	711	794
TOTALES	9.693	10.383	10.325

Conviene aclarar que las cifras anteriores no incluyen las consultas ni las reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones, que son atendidas por la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión social Complementaria¹. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 10.417 expedientes iniciados en 2019, frente a los 10.518 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2019. Se puede realizar una primera clasificación de los mismos 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

¹ La tramitación de este tipo de reclamaciones excede de la competencia atribuida al Servicio de Reclamaciones en virtud de lo establecido en la Orden Ministerial que regula su procedimiento

Capítulo I

para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta. Los expedientes admitidos se clasifican, a su vez, en consultas, quejas y reclamaciones. Estas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones o mediación.

Cuadro II
Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados

Período	Reclamación de seguros	Reclamación de planes	Reclamación mediadores	Consultas	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	444	3	4	12	13	0	288	764
Febrero	582	14	8	19	10	2	320	955
Marzo	564	10	15	9	8	0	347	953
Abril	608	22	7	8	6	0	322	973
Mayo	581	15	7	8	5	1	316	933
Junio	515	12	5	3	9	0	267	811
Julio	538	12	4	9	3	2	279	847
Agosto	431	12	3	7	3	0	211	667
Septiembre	417	12	4	5	0	0	253	691
Octubre	652	13	6	9	4	0	359	1.043
Noviembre	552	16	2	7	7	1	309	894
Diciembre	494	15	3	9	5	2	266	794
Total 2019	6.378	156	68	105	73	8	3.537	10.325
Total 2018	6.786	105	71	80	61	0	3.280	10.383
Diferencia	-408	51	-3	25	12	8	257	-58
% Variación	-6,01	48,57	-4,23	31,25	19,67	-	7,84	0,56

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019. Como anteriormente se ha comentado, los **expedientes resueltos** se corresponden con aquellos cuya tramitación ha finalizado en el referido ejercicio, independientemente de que se iniciaran en el año 2019 o en años anteriores.

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 2019 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2019
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2019		
	Iniciados antes de 01/01/2019	Iniciados en 2019	Total
Reclamación de seguros	5.647	885	6.532
Reclamación de planes	74	5	79
Reclamación de mediadores	112	11	123
Consulta	21	87	108
Consulta planes	20	45	65
Escritos no admitidos	0	3.537	3.537
TOTAL	5.874	4.570	10.444

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2019

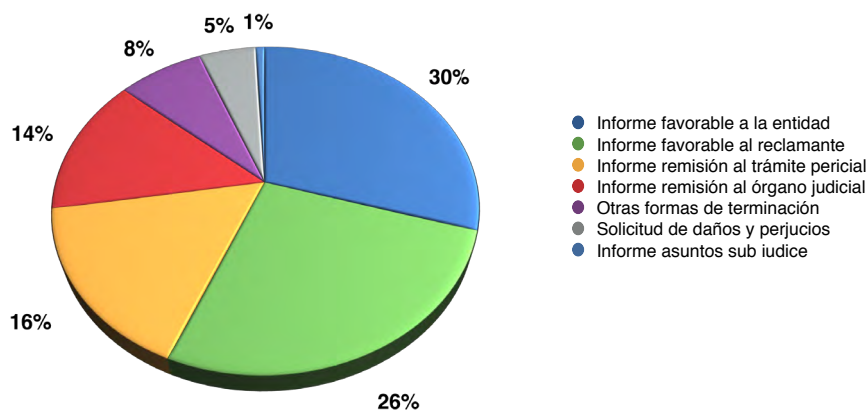
Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		6.734	64,48
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable a la entidad	2.019		
Informe favorable al reclamante	1.775		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	510		
Informe asuntos sub iúdice	52		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	1.107		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	927		
Solicitud de daños y perjuicios	344		
2) Escritos no admitidos		3.537	33,87
TOTAL RECLAMACIONES		10.271	
Consultas			
3) Resolución de consultas		173	1,65
Expedientes terminados		10.444	100

Capítulo I

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

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación. Se incluyen los expedientes que finalizaron con los motivos que se señalan en el artículo 10 de la Orden ECC/2502/2012. En estos expedientes, si bien finalmente se emite informe, se indica que el caso examinado se encuentra en alguno de los supuestos de inadmisión que señala la norma (remisión al trámite pericial, a los tribunales de justicia, etc.).
- La segunda se refiere al número total de expedientes no admitidos desde su presentación por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura del procedimiento.
- La tercera parte se refiere a las consultas referentes a contratos de seguros y planes de pensiones resueltas durante el año 2019.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 6.734 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 64,5% del total de expedientes resueltos en 2019. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad**, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.019, lo que supone el **29,9%** del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.775, lo que supone el **26,4%** del total.
- c) El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de **acudir al trámite pericial** del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, asciende a 1.107, lo que representa el **16,4%** del total de reclamaciones resueltas. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración

Capítulo I

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 a dicho trámite.

- d) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que resuelva el conflicto planteado por la necesidad de practicar las **pruebas oportunas** ha ascendido a 927 expedientes, lo que supone un **13,8%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos, cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.
- e) El apartado de “**otras formas de terminación**” recoge las reclamaciones que finalizan, entre otras causas, por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior o posterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 510 y suponen el **7,6%** del total de las resueltas.
- f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a **344**, suponiendo un **5,1%**, del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- g) Por último, las 52 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba **en litigio ante los tribunales de justicia**, representan el **0,8%** del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que ya hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.

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

Los **escritos que no fueron admitidos a trámite desde su presentación** son aquellos que no cumplan con los requisitos formales o de competencia establecidos en la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros. La primera causa, por importancia numérica, 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 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 se concreta el motivo, bien porque no se identifica a la entidad reclamada. En este supuesto, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación. También son motivos de inadmisión la falta de firma, la falta de acreditación de la representación, en caso de que se actúe por medio de representante, la falta de comunicación de NIF o CIF u otros requisitos formales.

Capítulo I

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 principalmente 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 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- 3º) porque la competencia corresponde a otros organismos, como el Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores. En estos 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.

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2019 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2019

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Quejas	Total
Enero	444	266	12	5	0	727
Febrero	582	300	19	7	2	910
Marzo	564	329	9	6	0	908
Abril	608	307	8	4	0	927
Mayo	581	296	8	12	1	898
Junio	515	251	3	5	0	774
Julio	538	268	9	3	2	820
Agosto	431	200	7	5	0	643

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Quejas	Total
Septiembre	417	239	5	9	0	670
Octubre	652	351	9	3	0	1.015
Noviembre	552	293	7	7	1	860
Diciembre	494	245	9	11	2	761
Total 2019	6.378	3.345	105	77	8	9.913
Total 2018	6.786	3.136	80	69	0	10.072
Diferencia	-408	209	25	8	8	-159
% Variación	-6,01	6,67	31,25	11,59	-	-1,58

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2019.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2019
clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2019	% S/ total 2019	Total 2018	% S/ total 2018	Diferencia 2019 - 2018
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.638	41,36	2.626	38,71	12
Vehículos	754	11,82	886	13,06	-132
Enfermedad	663	10,40	707	10,42	-44
Vida	609	9,55	697	10,27	-88
Defensa jurídica	593	9,30	616	9,08	-23
Decesos	291	4,55	259	3,82	32
Perdidas pecuniarias diversas	283	4,44	283	4,17	0
Responsabilidad civil general	278	4,36	321	4,73	-43
Asistencia	144	2,26	189	2,79	-45
Accidentes	124	1,94	200	2,95	-76
Caución	1	0,02	2	0,03	-1
TOTAL	6.378	100	6.786	100	-408

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

Capítulo I

bienes, responsabilidad civil, defensa jurídica y asistencia. En el cuadro anterior, sin embargo, cuando se hace referencia a multirriesgos, sólo se incluyen los ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes.

El cuadro VII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2019, 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.

Cuadro VII.1
Reclamaciones de seguros resueltas en 2019
atendiendo a la materia objeto de reclamación

Ramo vida	Nº	%
Rechazo del siniestro	121	24,35
Disconformidad con el importe recibido	91	18,31
Falta de información o información incorrecta	89	17,91
Devolución de prima no consumida	50	10,06
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	45	9,05
Otras materias	39	7,85
Retraso en el pago	28	5,63
Alta o modificación sin autorización del cliente	21	4,23
Aumento de prima	13	2,62
TOTAL	497	7,61

Ramo accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	40	61,54
Disconformidad con el importe de la indemnización	9	13,85
Falta de información o información incorrecta	5	7,69
Otras materias	5	7,69
Devolución de prima no consumida	4	6,15
Retraso en el pago	2	3,08
TOTAL	65	1,00

Capítulo I

Ramo enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	217	61,13
Aumento de prima	48	13,52
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	31	8,73
Otras materias	16	4,51
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	13	3,66
Devolución de prima no consumida	12	3,38
Falta de información o información incorrecta	12	3,38
Alta o modificación sin autorización del tomador	6	1,69
TOTAL	355	5,43

Ramos incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Rechazo del siniestro	1.461	47,48
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	1.248	40,56
Solicitud de devolución de prima no consumida	84	2,73
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	84	2,73
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	61	1,98
Falta de información o información incorrecta	45	1,46
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	38	1,23
Alta o modificación sin autorización del cliente	26	0,84
Aumento de prima	20	0,65
Otras materias	10	0,32
TOTAL	3.077	47,11

Ramos vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	220	35,31
Rechazo del siniestro	97	15,57
Solicitud de devolución de prima no consumida	83	13,32
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	83	13,32
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	37	5,94

Capítulo I

Ramos vehículos terrestres	Nº	%
Falta de información o información incorrecta	34	5,46
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	28	4,49
Aumento de prima	25	4,01
Otras materias	16	2,57
TOTAL	623	9,54

Ramo responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	201	56,15
Disconformidad con la valoración de la indemnización	119	33,24
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	21	5,87
Otras materias	14	3,91
Falta de información o información incorrecta	3	0,84
TOTAL	358	5,48

Ramo pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	215	73,63
Disconformidad con la valoración de la indemnización	29	9,93
Retraso en el pago o en la tramitación de la indemnización	18	6,16
Falta de información o información incorrecta	15	5,14
Otras materias	15	5,14
TOTAL	292	4,47

Ramo defensa jurídica	Nº	%
Rechazo del siniestro	523	58,57
Disconformidad con la valoración de la indemnización	312	34,94
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	45	5,04
Falta de información o información incorrecta	8	0,56
Otras materias	5	0,90
TOTAL	893	13,67

Capítulo I

Ramo asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	113	56,78
Disconformidad con la prestación	61	30,65
Retraso en la prestación o en la tramitación del siniestro	19	9,55
Falta de información o información incorrecta	3	1,51
Otras materias	3	1,51
TOTAL	199	3,05

Ramo decesos	Nº	%
Aumento de prima	60	34,68
Disconformidad con la forma de prestación	50	28,90
Rechazo de la prestación	27	15,61
Otras materias	22	8,67
Falta de información o información incorrecta	14	4,05
TOTAL	173	2,65

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2019	6.532	100

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

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

Con carácter general, en todos los ramos ocupan un lugar destacado, por su número, las reclamaciones que tienen que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad y la disconformidad con el importe de la indemnización.

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.

Capítulo I

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

- Seguro de vida.

En el año 2019 el principal motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida**, más de un 24%, deriva del rehúse del siniestro por parte de la aseguradora, principalmente por las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador, alegadas por la entidad. 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. Para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada 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.

El segundo de los motivos deriva de la disconformidad con el importe recibido, tanto a vencimiento como para el caso del ejercicio, por parte del tomador, del derecho de rescate. La discrepancia tiene que ver con la aplicación de gastos que figuran, o no, en el contrato; con el desconocimiento de que el importe recibido está vinculado al valor de unos activos financieros cuya identificación a veces se desconoce, etc. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados en nuestro mercado asegurador, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje 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 tercer motivo de reclamación, casi el 18%, tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación y/o durante la vida del contrato. Los reclamantes ponen de manifiesto la deficiente información recibida, e incluso alegan que desconocían que el producto contratado tuviese la naturaleza de un contrato de seguro en lugar de un producto bancario con liquidez garantizada. Por parte del Servicio de Reclamaciones quiere resaltarse que los nombres comerciales que se dan a los diferentes productos no deberían dejar lugar a dudas de que lo que se está contratando es un seguro; asimismo, tanto la información previa, reforzada por la normativa reciente, como la redacción del propio contrato, deben ser lo más claras y precisas posibles, aún en el caso de tratarse de productos complejos. En este sentido es fundamental incidir en la formación y en las prácticas de comercialización de todo tipo de distribuidores de seguros.

- Seguro de accidentes.

En el **ramo de accidentes** casi el 62% de las reclamaciones resueltas tienen que ver con la negativa de la entidad a abonar el importe de la indemnización, fundamentalmente por no darse la situación de incapacidad en los términos previstos en la póliza o por inexactitudes, alegadas por la entidad, en cuanto a la cumplimentación por el tomador, del cuestionario previo a la contratación.

Capítulo I

El segundo motivo de reclamación, casi el 14%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que tiene su origen en la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria.

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, en torno al 61%, principalmente de nuevo por la interpretación del cuestionario de salud, pero también por los casos en los que se discute sobre 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 o no, dentro de las prestaciones garantizadas de acuerdo con la redacción de los contratos. Es frecuente encontrar discrepancias sobre si, no estando cubierto un tratamiento médico determinado, la exclusión se extiende o no, al resto de pruebas y consultas médicas que lleva aparejado dicho tratamiento médico.

El segundo de los motivos se refiere las subidas de prima, casi un 14% y el tercero tiene que ver con solicitudes de no renovación del contrato no realizadas por la entidad, bien porque las solicitudes no se llevaron a cabo, por parte del tomador, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley (comunicación al menos con un mes de antelación al vencimiento del contrato) bien porque la entidad no cumplió con la petición, ajustada a derecho, del tomador.

- Seguro de decesos.

En el **seguro de decesos** destacan los casos de reclamaciones derivadas del aumento de la prima, más del 34%, aumentos que se deben principalmente al incremento del riesgo en función de la edad del asegurado y a la actualización del coste de los servicios funerarios. En este punto conviene recordar las exigencias de información previa a la contratación, recogidas para esta modalidad de seguros en el artículo 125 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras. 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.

En segundo lugar se sitúan las reclamaciones que se refieren a la disconformidad con la forma de prestación del servicio fúnebre, generalmente porque los reclamantes consideran que el servicio no se ajustó a lo pactado en el contrato.

En tercer lugar, más del 15%, se situarían las reclamaciones que se refieren al rechazo del siniestro, generalmente por entender la aseguradora que el cuestionario de salud presentaba reservas o inexactitudes cometidas por el asegurado en el momento de la contratación.

Capítulo I

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

- Seguro de automóviles.

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos** el asunto más destacado, más del 35% de las reclamaciones, tiene que ver con la diferente valoración de los daños que hacen las partes, que incluyen aquellas en las que la discrepancia alcanza incluso a si algunos de los daños reclamados se corresponden con el siniestro objeto de la reclamación o con siniestros anteriores y a la interpretación de las cláusulas de indemnización por el valor venal del vehículo. Si se trata de la cobertura de responsabilidad civil obligatoria el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una oferta motivada conforme a la normativa vigente.

El segundo de los motivos se refiere al rechazo del siniestro por parte de la entidad, generalmente por no coincidir los hechos declarados por el asegurado con las comprobaciones realizadas por la aseguradora, en el caso de la cobertura de daños propios, o por no quedar acreditada la responsabilidad del presunto responsable, en el caso del seguro de responsabilidad civil obligatoria. Para este último supuesto, el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una respuesta motivada conforme a la normativa vigente.

El tercer motivo deriva de la solicitud de la devolución del importe de la prima no consumida, generalmente tras haberse vendido el vehículo asegurado, o por haberse suscrito un contrato con otra aseguradora.

- Seguros de incendios y elementos naturales, y otros daños a los bienes.

En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** el asunto más destacado es, de nuevo, el rehúse del siniestro por parte de la entidad, más del 47%, que suele tener que ver con la discrepancia respecto al origen de los daños o al momento en que estos se producen, que, sin ánimo de ser exhaustivos abarcarían: falta de mantenimiento, defecto o vicio propio de las cosas, defectos de construcción, ocurrencia anterior a la suscripción del contrato y otras exclusiones recogidas en la póliza.

En segundo lugar, en torno al 40%, se encuentran las reclamaciones derivadas de la disconformidad del asegurado con el importe ofrecido como indemnización por la entidad por numerosas causas: por existir una situación de infraseguro, porque parte de los daños no resultan objeto de cobertura, etc. En la misma categoría se encuentran las reclamaciones que tienen que ver con la disconformidad respecto a la forma de reparación de los daños por parte de los operarios enviados por la entidad y en las que se alega por los reclamantes la falta de calidad de los trabajos realizados.

- Seguro de responsabilidad civil.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, en torno al 56% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen principalmente se encuentra tanto

Capítulo I

en la falta de claridad en la redacción de los contratos, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial, como en las numerosas exclusiones de este tipo de seguros.

Le siguen los expedientes referidos a discrepancias en la valoración de los daños y perjuicios por parte de los perjudicados, al entender estos que no están siendo indemnizados conforme les correspondería.

- Seguro de pérdidas pecuniarias diversas.

En el **ramo de pérdidas pecuniarias diversas** el asunto que genera mayor número de reclamaciones, más del 73%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de la entidad.

Como se puso de manifiesto en informes anteriores, la mayoría de las reclamaciones de este ramo derivan de la comercialización de pólizas ligadas a préstamos, denominadas “seguros de protección de pagos”, que ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato indefinido) y la de incapacidad temporal, para el resto de trabajadores. En estas pólizas, la causa de las reclamaciones se encuentra, principalmente, en que los asegurados entienden que están cubiertos frente a las dos contingencias, cuando estas coberturas son alternativas dependiendo de cuál sea, como se ha dicho, la situación laboral del asegurado.

En segundo lugar estarían los expedientes que versan sobre la disconformidad del asegurado con el importe ofrecido por la aseguradora, especialmente por la aplicación de franquicias y periodos máximos de indemnización.

- Seguro de defensa jurídica.

En el **ramo de defensa jurídica** el motivo de reclamación más numeroso, casi 59%, es el rehúse del siniestro, que tiene que ver con la diferente interpretación que hacen las partes de las cláusulas del contrato, y, en especial, con la aplicación de las cláusulas limitativas referidas a que la entidad no viene obligada a asumir los gastos de defensa jurídica cuando se trate de reclamaciones injustificadas en función de la responsabilidad del hecho o manifiestamente desproporcionadas con la valoración de los daños y perjuicios, salvo que se obtenga, por parte del asegurado, una resolución judicial favorable a sus intereses.

El segundo lugar lo ocuparían los expedientes que versan sobre la discusión sobre los honorarios de los abogados y procuradores designados libremente por los asegurados, pues en la mayoría de los casos existen no solo límites, sino sublímites, que suelen referirse a que la indemnización se limitará a los importes recogidos en el baremo de honorarios que, con carácter orientativo, haya establecido el Colegio de Abogados que territorialmente corresponda al lugar del ejercicio de la actividad.

Capítulo I

- Seguro de asistencia.

En el **ramo de asistencia** la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, un 57%, que suele referirse a las diferentes interpretaciones que realizan las partes en supuestos de pérdida de enlaces, pérdida de equipaje, traslado del vehículo al taller más cercano, etc. En segundo lugar se encontrarían las reclamaciones derivadas de la disconformidad en la prestación del servicio de asistencia en viaje.

La mayoría de las reclamaciones de este ramo provienen de una categoría concreta de estos seguros, los de asistencia en viaje, comercializados, a distancia o no, a través de agencias de viajes, en los que se entrega generalmente tan sólo un extracto de las condiciones generales del contrato por lo que los asegurados desconocen el contenido exacto del mismo.

Por lo anterior, resulta necesario resaltar la obligatoriedad de la entrega 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.

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

Cuadro VII.2
Reclamaciones de seguros resueltas en 2019 clasificadas por ramos
atendiendo a su forma de terminación

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Incendios y elementos naturales / otros daños a los bienes	3.077	238	203	441	14,33	970	31,52	1.666	54,15
Defensa jurídica	893	83	329	412	46,14	202	22,62	279	31,24
Vehículos terrestres	623	109	105	214	34,35	202	32,42	207	33,23
Vida	497	58	120	178	35,81	136	27,36	183	36,83
Responsabilidad civil general	358	14	111	125	34,92	55	15,36	178	49,72

Capítulo I

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Enfermedad y asistencia sanitaria	355	44	100	144	40,56	78	21,97	133	37,47
Perdidas pecuniarias diversas	292	6	32	38	13,01	153	52,40	101	34,59
Asistencia	199	2	30	32	16,08	72	36,18	95	47,74
Decesos	173	11	68	79	45,67	73	42,20	21	12,13
Accidentes	65	5	5	10	15,39	23	35,38	32	49,23
TOTAL	6.532	570	1.103	1.673	25,61	1.964	30,07	2.895	42,32

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2019 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre normativa general de contrato de seguro	41	37,96
Información sobre seguro de personas	31	28,70
Información sobre cómo reclamar	21	19,44
Información sobre seguros de daños	15	13,90
TOTAL	108	100

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 2019 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

Capítulo I

Las consultas en referencia a las disposiciones generales de contrato de seguro (duración del contrato, oposición a la prórroga, derechos del asegurado en caso de siniestro, información previa a la contratación, etc.) ocupan la primera posición.

El apartado sobre la información relativa a seguros de personas incluye las consultas de los ciudadanos sobre la posible existencia de registros de pólizas y asegurados. Desde el Servicio de Reclamaciones se indica que el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital no posee ningún registro sobre contratos de seguro; no obstante, se informa a los interesados de que existe un Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento dependiente del Ministerio de Justicia. Asimismo, es relevante señalar que, tras la crisis financiera, los ciudadanos muestran su preocupación por la solvencia de las entidades aseguradoras; en estos casos se informa acerca de los mecanismos de control sobre el sector asegurador en España, sobre las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros en la liquidación de entidades aseguradoras, así como de la obligación que ha establecido la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, de publicación, por parte de las entidades, de un informe anual sobre su situación financiera y de solvencia.

En tercer lugar se sitúan las consultas sobre el procedimiento de presentación de reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

La información relativa a seguros de daños ocupa la última posición. En estas consultas se solicita información generalmente relacionada con los derechos que asisten a los tomadores y asegurados de pólizas de hogar y de automóvil, tanto en caso de siniestro como en el caso de subidas de primas y otras modificaciones contractuales.

El cuadro IX.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas durante el año 2019. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2019, el total de reclamaciones presentadas en el año 2018, 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.

Capítulo I

Cuadro IX.1
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019

Denominación	Total 2019	Total 2018	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	624	658	-34	-5,17	0,1239
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	404	455	-51	-11,21	0,1273
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	360	347	13	3,75	0,2544
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	316	315	1	0,32	0,1448
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	316	368	-52	-14,13	0,3545
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	289	268	21	7,84	0,2030
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	296	294	2	0,68	0,1530
SegurCaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	219	204	15	7,35	0,0565
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	218	182	36	19,78	0,6014
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	206	197	9	4,57	0,2022
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros	164	195	-31	-15,90	0,1153
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	164	96	68	70,83	0,1030
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	133	105	28	26,67	0,1181
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	128	124	4	3,23	0,2845
Reale Seguros Generales, S.A.	118	127	-9	-7,09	0,1309

Capítulo I

Denominación	Total 2019	Total 2018	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	115	135	-20	-14,81	0,1439
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	102	101	1	0,99	0,0752
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	85	73	12	16,44	0,3670
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	79	106	-27	-25,47	0,0092
Zurich Insurance Plc Suc. España	74	79	-5	-6,33	Ver nota
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	67	83	-16	-19,28	0,0473
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	64	72	-8	-11,11	0,0958
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	52	33	19	57,58	0,4091
NorteHispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	50	32	18	56,25	0,2542
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	50	54	-4	-7,41	0,2156

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2019.
- Respecto a la entidad Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser una sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.
- El número de reclamaciones de Mutua Madrileña Automovilista Sociedad de Seguros a Prima Fija es el resultado de sumar a las presentadas frente esta entidad las presentadas frente a MM Hogar Sociedad Anónima Unipersonal de Seguros y Reaseguros que fue absorbida por aquella en el año 2019

El cuadro IX.2 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras ordenadas en función del ratio de número de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

Capítulo I

Cuadro IX.2
Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2019 en relación al volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2019	Ratio reclamaciones
Alianza Española S.A. de Seguros La	39	31.334.344	1,2446
Legalitas Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	30	37.482.078	0,8004
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	218	362.486.006	0,6014
Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	21	43.605.082	0,4816
Verti Aseguradora, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	36	79.302.132	0,4540
Divina Pastora, Seguros Generales, S.A.U.	12	27.658.500	0,4339
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	52	127.109.064	0,4091
Kutxabank Aseguradora Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	46	112.696.987	0,4082
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	85	231.621.698	0,3670
Cajamar Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	30	81.837.089	0,3666
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	316	891.294.952	0,3545
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	128	449.833.692	0,2845
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	360	1.414.854.133	0,2544
NorteHispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	50	196.688.009	0,2542
Mutualidad General de Previsión del Hogar Divina Pastora, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija	44	192.690.280	0,2283
Aegon España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	32	141.170.724	0,2267
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	50	231.870.534	0,2156

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2019	Ratio reclamaciones
Fénix Directo, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	13	60.858.721	0,2136
GACM Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	42	205.773.095	0,2041
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	289	1.423.354.499	0,2030
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	206	1.018.907.142	0,2022
Seguros Lagun Aro, S.A.	24	119.955.102	0,2001
Bankia MAPFRE Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	42	239.019.524	0,1757
A.M.A., Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija	28	179.542.136	0,1560
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	296	1.934.469.483	0,1530

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2019.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2019. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2019 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 2019. 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 IX.3
Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2019 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2019	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	891.294.952 (23)	316 (4)	0,3545
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	1.414.854.133 (15)	360 (3)	0,2544
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	1.423.354.499 (12)	289 (7)	0,2030

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2019	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	1.018.907.142 (19)	206 (10)	0,2022
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	2.181.648.105 (5)	316 (4)	0,1448
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	799.075.583 (25)	115 (16)	0,1439
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	1.934.469.483 (6)	296 (6)	0,1530
Reale Seguros Generales, S.A.	901.376.025 (22)	118 (15)	0,1309
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	3.174.803.090 (4)	404 (2)	0,1273
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.037.248.222 (2)	624 (1)	0,1239
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.126.234.220 (18)	133 (13)	0,1181
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros	1.422.056.649 (13)	164 (11)	0,1153
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	1.591.803.109 (10)	164 (11)	0,1030
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	1.356.068.599 (16)	102 (17)	0,0752
Fiatc, Mutua de Seguros y Reaseguros	690.379.231 (27)	41 (33)	0,0594
SegurCaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	3.873.965.650 (3)	219 (8)	0,0565
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	1.416.858.350 (14)	67 (21)	0,0473
ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	1.211.321.846 (17)	36 (35)	0,0297
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	1.693.900.101 (9)	49 (26)	0,0289
Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	872.420.537 (24)	24 (45)	0,0275
Axa Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	738.036.153 (26)	17 (57)	0,0230
Ibercaja Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	937.739.205 (21)	19 (54)	0,0203
MAPFRE Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana	1.811.725.278 (7)	36 (35)	0,0199

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2019	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	8.581.001.559 (1)	79 (19)	0,0092
Bansabadell Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.768.244.868 (8)	14 (60)	0,0079

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2019.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019, ordenadas en función del ratio del número de reclamaciones presentadas en relación con el número de pólizas.

Cuadro IX.4
Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2019 en relación con el número de pólizas

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	85	661.399	0,0128516
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	128	1.192.707	0,0107319
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	218	2.054.696	0,0106098
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	52	572.859	0,0090773
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	64	766.055	0,0083545
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	360	4.535.795	0,0079369
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	316	3.984.591	0,0079306
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	133	2.184.008	0,0060897
NorteHispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	50	831.647	0,0060122

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	115	1.922.079	0,0059831
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	50	838.954	0,0059598
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	316	5.463.939	0,0057834
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	296	5.182.447	0,0057116
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	67	1.376.994	0,0048657
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	624	13.400.985	0,0046564
SegurCaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	219	5.561.684	0,0039377
Santa Lucia, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	289	7.469.351	0,0038691
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	102	2.668.378	0,0038226
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros	164	4.954.472	0,0033101
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	404	12.700.383	0,0031810
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	206	6.920.501	0,0029767
Reale Seguros Generales, S.A.	118	4.622.743	0,0025526
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	79	4.790.051	0,0016493
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	164	19.982.190	0,0008207
Zurich Insurance Plc Suc. España	74	-	Ver Nota

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2019.
- Respecto a la entidad Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser una sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.

Capítulo I

En el siguiente cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 25 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2019 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2019 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2019, independientemente de que estos expedientes al término del año 2019 estuviesen resueltos o no.

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019 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 España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	581	58	79	137	23,58	221	38,04	223	38,38
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	439	33	98	131	29,84	83	18,91	225	51,25
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	385	30	30	60	15,58	113	29,35	212	55,07
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	359	63	69	132	36,77	56	15,60	171	47,63
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	315	39	59	98	31,11	69	21,90	148	46,99
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	305	20	51	71	23,28	127	41,64	107	35,08
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	267	10	24	34	12,73	94	35,21	139	52,06
SegurCaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	202	18	25	43	21,29	61	30,20	98	48,51

Capítulo I

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.	194	7	19	26	13,40	55	28,35	113	58,25
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros	187	34	31	65	34,76	67	35,83	55	29,41
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	168	9	31	40	23,81	39	23,21	89	52,98
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	141	15	20	35	24,82	66	46,81	40	28,37
Reale Seguros Generales, S.A.	129	9	30	39	30,23	34	26,36	56	43,41
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	118	8	22	30	25,42	22	18,64	66	55,94
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	117	6	14	20	17,09	36	30,77	61	52,14
Zurich Insurance Plc Suc. España	111	8	13	21	18,92	36	32,43	54	48,65
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	109	9	10	19	17,43	28	25,69	62	56,88
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	104	17	24	41	39,42	16	15,38	47	45,20
Domestic & General Insurance PLC Suc España	103	8	5	13	12,62	46	44,66	44	42,72
Bilbao, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros	81	5	13	18	22,22	26	32,10	37	45,68
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	73	4	6	10	13,70	18	24,66	45	61,64

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Europ Assistance España, S.A. de Seguros y Reaseguros	70	1	4	5	7,14	37	52,86	28	40
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	69	5	22	27	39,13	13	18,84	29	42,03
Axa Global Direct Seguros y Reaseguros, S.A.U.	69	7	11	18	26,09	24	34,78	27	39,13
RGA Seguros Generales Rural S.A. de Seguros y Reaseguros	64	7	4	11	17,19	28	43,75	25	39,06

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.

Este cuadro ofrece información sobre el número de reclamaciones presentadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2019 y su variación con respecto al año anterior.

Capítulo I

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2019

Período	Reclamaciones de mediadores	Reclamaciones de mediadores no admitidas	Total
Enero	4	4	8
Febrero	8	4	12
Marzo	15	3	18
Abril	7	4	11
Mayo	7	4	11
Junio	5	1	6
Julio	4	2	6
Agosto	3	2	5
Septiembre	4	1	5
Octubre	6	1	7
Noviembre	2	2	4
Diciembre	3	4	7
Total 2019	68	32	100
Total 2018	71	40	111
Diferencia	-3	-8	-11
% Variación	-4,23	-20	-9,91

El cuadro XII ofrece información sobre las reclamaciones de mediación resueltas clasificadas por materias.

Cuadro XII
Reclamaciones de mediación resueltas en 2019 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/ total
La asistencia durante la duración del contrato fue inexistente o deficiente	83	67,48
Otros motivos	40	32,52
AÑO 2019	123	100

En el siguiente cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2019 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Capítulo I

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019

Mediadores	Número	%
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg., S.A. Grupo de Seg. El Corte Inglés	17	25
Intermundial XXI S.L.	16	23,53
Sociedad de Previsión Bancaria Iberia, Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.	6	8,82

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2019 por el Servicio de Reclamaciones.

Cuadro XIII.2
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019 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	%				
Sociedad de Previsión Bancaria Iberia, Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.	36	3	10	13	36,11	4	11,11	19	52,78
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg., S.A. Grupo de Seg. El Corte Inglés	21	2	6	8	38,10	5	23,80	8	38,10
Intermundial XXI SL	18	0	4	4	22,23	6	33,33	8	44,44

Capítulo I

4. Planes de pensiones

El Servicio de Reclamaciones 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 dos 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, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares, que se resuelven en la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria.

Respecto de las reclamaciones relativas a planes de pensiones individuales y asociados cabe mencionar que el Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones formuladas frente a las entidades gestoras y depositarias de fondos de pensiones personales, 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 se dirigen contra la actuación de las entidades gestoras de los fondos.

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

El cuadro XIV proporciona información sobre el total de expedientes de reclamación y consulta relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual formuladas por particulares, presentados durante el año 2019 y clasificados por meses.

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2019

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	3	12	13	0	28
Febrero	14	8	10	1	33
Marzo	10	7	8	2	27
Abril	22	4	6	3	35
Mayo	15	2	5	2	24
Julio	12	4	3	2	21
Junio	12	9	9	1	31
Agosto	12	4	3	0	19

Capítulo I

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Septiembre	12	3	0	1	16
Octubre	13	4	4	0	21
Noviembre	16	3	7	4	30
Diciembre	15	4	5	3	27
Total 2019	156	64	73	19	312
Total 2018	105	29	61	5	200
Diferencia	51	35	12	14	112
% Variación	48,57	120,69	19,67	280	56

Este cuadro clasifica los expedientes presentados distinguiendo entre admitidos y no admitidos, siendo estos últimos aquellos que no cumplieron los requisitos previstos en la normativa aplicable para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta, entre los que cabe destacar la necesidad de acreditar la interposición, de forma previa, de la correspondiente reclamación ante el defensor del partícipe de los planes de pensiones.

A estos efectos, el Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que en el documento o boletín de adhesión mediante el cual se formaliza la contratación del plan de pensiones, debe informarse, entre otros aspectos, sobre las instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, precisando la denominación y domicilio del citado defensor, así como indicarse el lugar y forma en que el partícipe puede acceder en cualquier momento al reglamento de funcionamiento del defensor del partícipe.

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2019 por el Servicio de Reclamaciones, en materia de planes de pensiones individuales, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

Cuadro XV
Reclamaciones resueltas en 2019 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Información, comercialización y publicidad	22	27,85
Prestaciones: importe, plazos y fiscalidad	15	18,99
Otros	13	16,45
Movilización de derechos consolidados	12	15,19
Beneficiarios por fallecimiento	6	7,59

Capítulo I

Asunto	Número	% S/Total
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	5	6,33
Fiscalidad	3	3,80
Rentabilidad	3	3,80
TOTAL	79	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2019 ha sido el relativo a la comercialización de los planes de pensiones y la publicidad realizada sobre los mismos. Este tipo de reclamaciones representaron en el 2019 el 27,85% del total de reclamaciones, frente al 16,67% del año pasado. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan de pensiones, especialmente cuando la vocación inversora del fondo de pensiones no corresponde con las expectativas de rentabilidad y riesgo del partícipe.

En relación a este motivo de reclamación cabe señalar que las entidades gestoras de fondos de pensiones están sujetas a unas obligaciones de información tanto con motivo de la suscripción del plan de pensiones, como durante la vigencia del mismo. Así, el Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que la gestora debe elaborar un documento de datos fundamentales para el partícipe, que tiene la consideración de información precontractual y ha de ser publicado en el sitio web de la gestora o de su grupo. La entidad gestora o, en su caso, los comercializadores tienen que facilitar este documento de datos fundamentales a los potenciales partícipes para que conozcan las principales características y riesgos que comportan estos productos, el cual debe redactarse de forma objetiva, clara, precisa y en términos inequívocos.

Por otra parte, con motivo de la contratación el partícipe ha de suscribir un documento denominado boletín de adhesión, entre cuyas menciones se ha de destacar de modo especial que los planes de pensiones individuales no garantizan ninguna rentabilidad, advirtiéndose de la posibilidad de incurrir en pérdidas, sin perjuicio de la posibilidad de contratar una garantía financiera externa de las previstas en el artículo 77 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

Asimismo, con ocasión de la contratación, el partícipe puede solicitar copia de la política de inversión del fondo de pensiones, la cual, en todo caso, ha de estar a disposición de partícipes y beneficiarios, como establece el artículo 101.3.h) del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

Adicionalmente, durante la vigencia del contrato, las entidades gestoras deben remitir semestralmente a los partícipes y beneficiarios información relativa, entre otros aspectos, a la evolución y situación de sus derechos consolidados, la situación de los activos del

Capítulo I

fondo, los costes y la rentabilidad obtenida. Dicha información se encuentra a disposición de los partícipes y beneficiarios con carácter trimestral.

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

A estos efectos, el artículo 48 bis, apartado 5, del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que el documento donde consten las condiciones de la bonificación debe ser redactado de forma clara y comprensible, y ha de ser firmado por el comercializador y el partícipe. Asimismo, se precisa que en caso de que la obtención y el mantenimiento de la bonificación estén supeditados a un compromiso de permanencia, este deberá estar redactado de forma clara y destacado de modo especial en el documento.

El segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2019 se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto del **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 18,99% del total de reclamaciones resueltas, frente al 25% en 2018.

Las principales cuestiones reclamadas afectan al retraso en el abono de la prestación, con el consiguiente impacto sobre el importe cobrado, habiendo ocasionado en los casos reclamados una pérdida en el valor de los derechos económicos como consecuencia de la rentabilidad negativa experimentada por el plan.

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

Asimismo, el artículo 75.5 del citado Reglamento señala que a efectos del abono de prestaciones se utilizará el valor liquidativo correspondiente a la fecha en que se haga efectivo el pago de la prestación.

Destacan también las reclamaciones tramitadas en relación con la **movilización de derechos consolidados**, representando un 15,19% respecto del total de reclamaciones resueltas, frente al 21,67% en 2018.

En estos casos, las discrepancias puestas de manifiesto derivan de retrasos en la ejecución de los traspasos, diferencias de valoración de los derechos consolidados e inobservancia por parte de las entidades gestoras de los requisitos formales exigidos por la normativa de planes y fondos de pensiones.

Capítulo I

Por lo que respecta al cumplimiento de los plazos, el Servicio de Reclamaciones destaca en sus informes que el cómputo se inicia desde la presentación por el partícipe o beneficiario de su solicitud de movilización, con independencia de que ésta se hubiere presentado en la entidad promotora del plan de destino, el depositario o el comercializador de destino. En este sentido, el artículo 50.4 del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que la solicitud del partícipe presentada en un establecimiento de la entidad promotora del plan de pensiones de destino o del depositario de destino o del comercializador de destino se entenderá presentada en la entidad gestora de destino. Asimismo, el artículo 75.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones dispone que las entidades gestoras son responsables de los retrasos que se produzcan sobre los plazos reglamentariamente establecidos, sin perjuicio de la posibilidad de repetir contra aquel que hubiera causado el retraso.

Respecto de las diferencias de valoración, los reclamantes manifiestan su desacuerdo con el importe movilizado, considerando en la mayoría de los casos que sus derechos consolidados han disminuido de forma injustificada desde la fecha de su solicitud.

Por último, cabe destacar, en algunos de los casos reclamados, la falta de diligencia observada en la actuación de la entidad gestora o comercializadora, que ante cualquier incidencia habida durante la tramitación de la solicitud no han adoptado las medidas adecuadas para tratar de resolverla en el menor plazo posible y permitir la consecución de la operación en interés del partícipe, demorando el traspaso.

Además del motivo referido a las discrepancias en cuanto a los beneficiarios, otro de los motivos destacable es el relativo a las solicitudes de rescate por alguno de los **supuestos excepcionales de liquidez** previstos en la normativa. Las reclamaciones tramitadas sobre este asunto en el año 2019 representaron un 6,33% del total de reclamaciones resueltas, frente al 11,67% a que ascendieron en 2018.

Los reclamantes suelen referirse a la falta de transparencia en la información que reciben cuando quieren rescatar sus derechos consolidados por alguno de los supuestos excepcionales de liquidez, 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. El Servicio de Reclamaciones considera que las entidades deben fomentar la transparencia en la información proporcionada a los partícipes que solicitan el rescate por alguno de estos supuestos. Así, cuando el partícipe solicita el rescate, bien directamente a la entidad gestora o a través del comercializador, se le ha de informar claramente sobre los requisitos que debe cumplir, así como concretar desde el momento inicial la totalidad de la documentación que debe ser entregada para su acreditación.

Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2019 se han resuelto 65 consultas sobre planes de pensiones, de las cuales 45 fueron presentadas en el mismo año, y 20 se presentaron en 2018. En cuanto a los principales temas que han sido objeto de consulta al Servicio, destacan las cuestiones relativas al régimen de incompatibilidades entre aportaciones y prestaciones, el embargo

Capítulo I

de los derechos consolidados, la afección de los derechos consolidados en garantía de una obligación principal asumida con una entidad bancaria (un préstamo bancario) y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

Entidades reclamadas

El cuadro XVI recoge la clasificación de las cinco entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de **reclamaciones presentadas** durante el año 2019.

En él se detalla el número total de reclamaciones presentadas frente a cada una de estas entidades, el porcentaje que representa sobre el total de reclamaciones de planes de pensiones presentadas 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.

Cuadro XVI
Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2019

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	25	16,03	26,34
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	18	11,54	13,29
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	14	8,97	8,47
Allianz Popular Pensiones, EGFP, S.A.U. E.G.F.P	9	5,77	3,87
Bankia Pensiones, S.A., E.G.F.P	7	4,49	6,99

NOTA:

- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2019.

Por otra parte, en el cuadro XVII se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 5 entidades gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, durante 2019 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2019
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	%				
Vida Caixa, S.A. de Seguros y Reaseguros	17	3	2	5	29,41	8	47,06	4	23,53
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	10	1	2	3	30	3	30	4	40
Allianz Popular Pensiones, EGFP, SAU EGFP, S.A., E.G.F.P.	8	1	3	4	50	1	12,50	3	37,50
Bankia Pensiones, S.A., E.G.F.P.	6	0	1	1	16,67	5	83,33	0	0
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	6	0	2	2	33,33	4	66,67	0	0

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

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

2. Reclamaciones y consultas sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares

El cuadro XVIII ofrece información sobre la actividad desarrollada por la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria, a lo largo del ejercicio 2019, en materia de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

Capítulo I

Cuadro XVIII

Expedientes de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no formuladas por particulares, iniciados y resueltos en 2019

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	46	45
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	46	43
Total 2019	92	88
Total 2018	135	111
Diferencia	-43	-23
% Variación	-31,8	-20,72

El total de expedientes **presentados** en el periodo de referencia se eleva a 92, de los cuales el 50% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 50% se refiere a consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

En cuanto a las reclamaciones presentadas destacan, por su relevancia cuantitativa, las reclamaciones formuladas por desacuerdos con el importe de la prestación o de los derechos consolidados, por discrepancias surgidas en relación con la interpretación de las especificaciones de planes de empleo o de las cláusulas de contratos de seguros colectivos o las relativas a operaciones de movilización de derechos consolidados, entre otras.

Entre los temas más habituales en las consultas destacan las solicitudes de aclaración de criterios o interpretación de la normativa de planes y fondos de pensiones, la valoración de los derechos consolidados y económicos de los partícipes en la jubilación y el tratamiento de los premios de jubilación.

En total, durante el año 2019 se resolvieron 88 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2019 como en el ejercicio anterior. de los expedientes resueltos anteriormente citados, 45 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 43 son consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes

Capítulo I

de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

5. Unidad de atención telefónica

La Unidad de Atención Telefónica 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.

En 2019 se han atendido un total de 20.908 llamadas telefónicas. Además, y aunque el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico, cuando los ciudadanos se dirigen al mismo por este medio se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2019 se han recibido y contestado en torno a 2.500 correos electrónicos.



Capítulo II

Actividad

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

Capítulo II

Con la finalidad de alcanzar un mejor conocimiento del grado de satisfacción de la clientela, las entidades aseguradoras deben cumplimentar, 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 (SAC) 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.

El cuadro XIX contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2019.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2019

	Número total de quejas y reclamaciones presentadas				Número total de quejas y reclamaciones resueltas			
	Sac (A)	Defensor		Total (A+c)	Estimadas	Desestimadas	Otros	Total
		Procedentes sac (b)	Recibidas directas (C)					
Total general	105.089	2.722	3.400	108.489	35.809	52.785	10.813	99.407

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 2019, 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:

- Datos relativos a las quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos o servicios de atención al cliente.
- 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.

Capítulo II

c) Datos relativos a quejas y reclamaciones presentadas ante 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 2019 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2019 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2019 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 108.489.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2019 ha sido de 99.407, de las cuales un 36,02% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 53,10% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 10,88% de las reclamaciones la entidad no emitió un pronunciamiento expreso estimando o no la pretensión del interesado por diferentes causas (desistimiento del reclamante, remisión a tribunales, trámite pericial).

El cuadro XX 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 presentadas ante el Servicio de Reclamaciones durante 2019, 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.

Cuadro XX
Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el servicio de reclamaciones de la DGSFP

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
SegurCaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	803	219	27,27
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	445	79	17,75
RGA Seguros Generales Rural S.A. de Seguros	415	50	12,05
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.180	128	10,85

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
NorteHispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	493	50	10,14
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.559	133	8,53
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	2.136	164	7,68
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.549	404	7,28
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	5.072	360	7,10
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	4.590	316	6,88
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.808	115	6,36
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	3.318	206	6,21
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	1.096	67	6,11
BBVASEGUROS, S.A., de Seguros y Reaseguros	2.685	164	6,11
Reale Seguros Generales, S.A.	1.935	118	6,10
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.139	52	4,57
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.244	102	4,55
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	1.874	85	4,54
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	15.548	624	4,01
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	5.571	218	3,91
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	8.076	296	3,67

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	9.505	316	3,32
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	8.884	289	3,25
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	3.627	64	1,76
Zurich Insurance PLC Suc. España	Ver Nota	79	Ver Nota

NOTA:

- Respecto a la entidad *Zurich Insurance PLC, Sucursal en España* no se reflejan los datos, ya que al ser sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



Capítulo III

Expedientes de especial interés

Capítulo III

Al igual que en años anteriores, en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2019, 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 2019, siguiendo la línea de años anteriores, se destaca la importancia de una redacción clara y precisa de los condicionados. Además, se sigue subrayando la necesidad de una mayor transparencia en la actuación de las entidades con sus clientes, en especial en todo lo relacionado con la justificación de los importes ofrecidos en concepto de indemnización.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluye un supuesto referido a un producto en el que se garantiza a vencimiento el cobro de un capital o una renta a elección del asegurado y donde la entidad incumple con la obligación pactada en el contrato reduciendo el importe de la renta a la mitad de lo contemplado en el contrato.

Se incluye asimismo un supuesto de incumplimiento del plazo reglamentario de movilización de un plan de previsión asegurado

Se ha querido destacar este año determinada casuística observada en los contratos de asistencia sanitaria, referidos tanto a temas de publicidad como a supuestos de interpretación restrictiva ya sea del contrato, ya sea de la propia ley en el caso de la prestación obligatoria de las necesarias asistencias de carácter urgente.

También se ha querido destacar que en los seguros de decesos, con carácter general, los costes del traslado no están incluidos en el importe de la suma asegurada, constituyendo una garantía adicional, por lo que no pueden estar incluidos en la liquidación del exceso entre aquella y el coste del servicio.

En el apartado de seguros de daños se publica, como se ha venido haciendo en los últimos años, un caso de seguro obligatorio de automóvil referido al régimen de oferta/respuesta motivada. Desde el Servicio de Reclamaciones se ha insistido siempre, en que la regulación del citado régimen es clara y no deja lugar a dudas en su interpretación: las víctimas de accidentes de tráfico deben recibir, de la aseguradora del responsable, toda la información de la que aquella disponga para la valoración de los daños, incluyendo el informe médico definitivo, con indicación de aquellos documentos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada; cuando la aseguradora decline la responsabilidad de su asegurado, también debe dar una respuesta motivada al perjudicado que incluya cuanta información conozca del accidente. Se insiste además este año en que la tramitación de los siniestros a través de los convenios entre compañías no exime a la aseguradora del responsable de sus obligaciones legales.

En conexión con este régimen de oferta motivada se incluye un caso en el que se destaca que el perjudicado debe ser resarcido íntegramente por los daños y perjuicios causados en un accidente de circulación.

Capítulo III

Se publican además, supuestos en los que, de nuevo, las compañías realizan una aplicación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de sus asegurados, esta vez en un seguro de responsabilidad civil profesional y en una garantía de defensa jurídica para comunidades de propietarios.

Se recuerda, por último, la obligación de pago en el plazo de cuarenta días desde la comunicación del siniestro y que su incumplimiento lleva aparejado el pago de los intereses de demora contemplados en la Ley de Contrato de Seguro.

Con la finalidad de facilitar el conocimiento de los supuestos concretos publicados por el Servicio de Reclamaciones cada año, en el cuadro A.1.III del Anexo I se ofrece una relación de los casos de especial interés incluidos en los informes de años anteriores.

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

A continuación se indican los casos objeto de publicación en 2019.

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 2019

Seguros	
Seguros de personas	
1	Oposición a la prórroga de contrato en un seguro de vida riesgo.
2	Movilización de un plan de previsión asegurado.
3	Importe de la renta temporal garantizada en un seguro de vida ahorro.
4	Denegación de una asistencia urgente en un seguro de asistencia sanitaria.
5	Publicidad en un seguro de asistencia sanitaria.
6	Denegación de cobertura en un seguro de asistencia sanitaria.
7	Importe de la prestación en un seguro de decesos.
Seguros de daños	
8	Importe de la indemnización en un seguro de teléfonos móviles.
9	Valoración de los daños materiales derivados de un accidente de circulación.
10	Incumplimiento de la obligación de presentar una respuesta motivada.
11	Cobertura de defensa jurídica en un seguro de comunidad de propietarios.
12	Alcance de las coberturas de un seguro de responsabilidad civil profesional.
13	Incumplimiento de la obligación del pago del importe mínimo.
Mediación	
14	Asesoramiento en un seguro de una comunidad de propietarios.
Planes de pensiones	
15	Incumplimiento de la resolución emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora.

Capítulo III

1. Seguros.

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida riesgo.

ASUNTO:

Oposición a la prórroga del contrato por parte de la entidad aseguradora.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la cláusula que permitía solo al asegurado el ejercicio de su derecho a no prorrogar el contrato era más beneficiosa que lo regulado en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

Las cláusulas que prevean la renuncia del asegurador a ejercer su derecho a la no renovación del contrato son válidas conforme a lo previsto en la normativa reguladora de contrato de seguro.

1/2019. Oposición a la prórroga del contrato en un seguro de vida riesgo

El reclamante exponía que llevaba desde 1993 siendo tomador y asegurado de una póliza temporal de seguro de vida que permitía la renovación automática de la misma y que la aseguradora, dos meses antes de la fecha de vencimiento, le había comunicado su intención de no renovar el contrato.

La compañía alegaba que había emitido un suplemento, a iniciativa suya, que modificaba las condiciones pactadas inicialmente y que el cambio había sido aceptado por el reclamante con su firma. La modificación había consistido en que la póliza pasaba de tener una duración quinquenal a tenerla anual. Alegaba también que se trataba de un contrato suscrito por el reclamante y otra entidad aseguradora y que, a consecuencia de una operación societaria, había pasado a su cartera.

El apartado 2 del artículo 22 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. Por su parte el artículo 2 del mismo texto legal regula que los preceptos de la ley tienen carácter imperativo, aunque se entienden válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

En virtud de los citados artículos, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía oponerse a la prórroga del contrato, por contemplarse en el mismo que su vigencia dependía de la voluntad del cliente. Se trataba por tanto de una cláusula más favorable a los derechos del asegurado que lo previsto en la ley reguladora del contrato de seguro.

Adicionalmente, se indicó en el informe final que la actuación de la entidad modificando la duración del contrato, de cinco años a uno, para, transcurridos unos meses, comunicar su intención de no renovar el contrato, resultaba contraria a las buenas prácticas que deben regir las relaciones de las entidades con sus clientes.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Plan de previsión asegurado.

ASUNTO:

Incumplimiento del plazo reglamentario para la realización de una movilización por parte de la aseguradora de origen.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido la Disposición adicional quinta del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben observar, desde el momento en que tengan conocimiento de la petición de una movilización, una conducta diligente para su llevarla a cabo en el menor tiempo posible y siempre cumpliendo el plazo reglamentario establecido al efecto.

2/2019. Movilización de un plan de previsión asegurado

El reclamante indicaba en su escrito de reclamación que había solicitado la movilización total de los derechos del plan de previsión asegurado, del que era tomador, a una entidad aseguradora y que esta había iniciado los trámites de movilización el mismo día de su petición. Sin embargo, no fue hasta 26 días más tarde cuando el traspaso se hizo efectivo. Reclamaba una indemnización por los daños y perjuicios sufridos por la actuación de la entidad, con la que inicialmente había suscrito el contrato, por entender que era la culpable de la tardanza.

La entidad en sus alegaciones reconocía la demora en la movilización e indicaba que había decidido incrementar el importe traspasado en un 0,25 por ciento y que iba a devolver al reclamante los gastos que se le habían imputado indebidamente, pero que entendía que no había causado ningún perjuicio con su actuación.

La Disposición adicional quinta del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones, establece que el tomador de un plan de previsión asegurado puede movilizar la totalidad o parte de su provisión matemática a otro u otros planes de previsión asegurados de los que sea tomador. Para la movilización, el tomador o beneficiario del plan de previsión asegurado tiene que dirigirse a la entidad aseguradora de destino para iniciar el traspaso. Se establece también que en el plazo máximo de 5 días hábiles a contar desde la recepción por parte de la entidad aseguradora de origen de la solicitud, esta debe ordenar la transferencia bancaria y remitir a la entidad aseguradora toda la información necesaria para el traspaso.

El informe final concluyó que la entidad había incumplido con la disposición citada al no haber realizado la movilización dentro del plazo reglamentario establecido como máximo para la movilización del plan de previsión asegurado del reclamante. Y, en relación con la solicitud de daños y perjuicios del reclamante, se le informó de que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencia para la cuantificación de daños y perjuicios, tal como se dispone en el apartado c) del artículo 10 de la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Discrepancia sobre el importe a abonar por parte de la aseguradora en forma de renta.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la redacción del contrato referida a los términos de la indemnización era clara y la entidad debía abonar el importe de la renta pactada.

CONCLUSIÓN:

Las operaciones societarias suponen la subrogación de la cesionaria en los derechos y obligaciones que incumbían a la cedente en cada uno de los contratos cedidos.

3/2019. Importe de la renta temporal garantizada en un seguro de vida ahorro

El reclamante exponía que era el asegurado de un contrato de seguro para caso de supervivencia, en el que se establecía que, llegada la fecha fijada en el contrato, tendría derecho, a su libre elección, a cobrar la prestación en forma de capital o en forma de renta con un periodo cierto de diez años. Se quejaba de que su entidad le ofrecía una renta cuyo importe resultaba ser muy inferior al consignado en el contrato y que, en el ofrecimiento, se omitía el plazo durante el cual cobraría esa renta.

La entidad alegaba que estaba intentando llegar a un acuerdo comercial con su cliente, sin referirse al fondo del asunto.

En la documentación aportada al expediente por el reclamante, se comprobó que, de acuerdo con lo pactado en el contrato, se garantizaba a vencimiento, o bien un el capital asegurado de 20.367 euros o una renta anual, con un periodo cierto de cobro durante diez años de 1.685 euros. Se indicaba asimismo que el capital asegurado se había calculado con un tipo de interés garantizado del 6% y que la consecución de este capital final estaba supeditada al pago, por parte del tomador, de las primas, en los plazos y forma previstos en el plan de pago de primas.

La póliza había pasado a la cartera de la entidad reclamada tras una operación societaria con la entidad con la que inicialmente el asegurado había suscrito el contrato.

El Servicio de Reclamaciones concluyó que, dado que el reclamante había cumplido con el plan de pagos de primas establecido en el contrato, tenía derecho al cobro, bien del capital, bien de la renta, previstos en el contrato, por lo que la oferta de una renta de importe inferior al contratado implicaba que la entidad no estaba cumpliendo con su obligación principal, que es el pago de lo pactado.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de una asistencia sanitaria de carácter urgente.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar incumplido el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

Las entidades están obligadas a prestar las necesarias asistencias de carácter urgente y no pueden limitar esa urgencia a aquellos casos en los que la misma derive de que la vida del asegurado esté en peligro.

4/2019. Denegación de una asistencia urgente en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante exponía que había suscrito con la entidad reclamada un seguro de asistencia sanitaria con efectos a partir del 1 de marzo de 2018 con un periodo de carencia de seis meses. El 5 de mayo de ese año se le intervino quirúrgicamente, siendo dicha intervención programada, por lo que el reclamante había asumido directamente el coste de la misma, sin solicitar importe alguno a la entidad. Añadía que el 7 de mayo tuvo que volver a ser intervenido de forma urgente, lo que acreditaba con el informe de alta que aportaba, y la aseguradora se negaba a atender esta cobertura porque la enfermedad se había producido dentro del periodo de carencia. Reclamaba que se le abonase el importe de esa intervención porque en su contrato se excluye la aplicación del periodo de carencia cuando se trate de urgencia vital sobrevenida.

La entidad alegaba que la póliza contemplaba un periodo de carencia de seis meses que solo no aplicaba en aquellos casos de urgencia vital. Para la compañía las situaciones de urgencia vital eran aquellas en las que exista un peligro inmediato para la vida del asegurado o para la función de un órgano y aquellas en las que la falta de asistencia podía conducir a la muerte en minutos. A juicio de la entidad la intervención que se le había practicado al asegurado era necesaria para evitar futuras complicaciones, pero en ningún momento había estado en peligro su vida o la función de alguno de sus órganos. Además alegaba que en el informe médico se proponía al paciente la intervención solicitando el consentimiento del mismo, consentimiento que se presta en las intervenciones programadas o de urgencia pero no en las de urgencia vital.

El artículo 103 de la ley de Contrato de seguro, aplicable a los seguros de asistencia sanitaria se establece que nos e pueden excluir "las necesarias asistencias de carácter urgente."

El criterio del Servicio de Reclamaciones en estos casos es considerar que el concepto "necesarias asistencias de carácter urgente" debe ser entendido como toda atención médica cuya inmediatez sea imprescindible para evitar consecuencias graves o muy graves para el asegurado, siendo necesario analizar las circunstancias que concurren en cada caso concreto para determinar si la asistencia sanitaria reviste carácter urgente o no.

En el caso planteado se concluyó que la redacción del contrato restringía el derecho legal del asegurado, contenido en el artículo antes citado, a obtener las "necesarias asistencias de carácter urgente" pues se limitaba a cubrir la "urgencia vital sobrevenida", término que la compañía reconocía que no incluía las intervenciones de urgencia, como la prescrita. Por lo anterior, y dado que la entidad calificaba la operación quirúrgica objeto de la reclamación como de urgente y así lo avalaba la documentación médica aportada al expediente, se indicó que la misma debía ser cubierta.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación por parte de la entidad del coste de una prótesis interna traumatológica.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, atendiendo a la publicidad emitida por la entidad aseguradora, el coste de las prótesis debía estar cubierto.

CONCLUSIÓN:

La publicidad que las aseguradoras realicen de sus productos debe transmitir a sus destinatarios información veraz sobre aquellos.

5/2019. Publicidad en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante exponía que había sido asegurado de la compañía reclamada a través del seguro colectivo de la empresa en la que trabajaba y que, cuando terminó su relación laboral, acudió una oficina de la aseguradora con la intención de mantener su aseguramiento e incluir a su madre, asegurada en otra compañía. Cuando a su madre se le prescribe una intervención quirúrgica en la que había que implantarle una prótesis interna traumatológica, la entidad le deniega el coste de la misma. Reclamaba su cobertura por entender que era una de las garantías cubiertas.

La entidad alegaba que, de acuerdo con lo establecido en la póliza suscrita por el reclamante, se cubría la prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, a excepción en todo caso de las dentarias, pero que el coste de las mismas era de cuenta del asegurado, como se indicaba claramente en el contrato, alegando además que esa información le había sido transmitida al reclamante en la nota informativa previa a la suscripción del contrato.

Entre la documentación aportada al expediente, además del contrato, en el que, como indicaba la entidad, se incluía la colocación de prótesis pero no su coste, se adjuntaba la publicidad sobre la póliza objeto de la reclamación. En ella figuraban anunciadas, entre las coberturas más importantes, las prótesis internas cardiovasculares y traumatológicas.

El apartado 2 del artículo 127 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, establece que “La publicidad que realicen las entidades aseguradoras deberá transmitir a sus destinatarios una información veraz, eficaz y suficiente sobre las características esenciales de la operación, servicio o producto de seguros (...)”.

Asimismo, en el apartado 2 del artículo 61 del el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, dispone que “El contenido de la oferta, promoción o publicidad, las prestaciones propias de cada bien o servicio, las condiciones jurídicas o económicas y garantías ofrecidas serán exigibles por los consumidores y usuarios, aun cuando no figuren expresamente en el contrato celebrado o en el documento o comprobante recibido y deberán tenerse en cuenta en la determinación del principio de conformidad con el contrato”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, en virtud de los artículos anteriores, fue considerar que la publicidad del producto emitida por la aseguradora no se ajustaba a los requisitos exigidos en la norma y que lo publicitado era exigible por parte del reclamante.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de cobertura de la implantación de unas lentes trifocales.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía rehusar la implantación de unas lentes trifocales cuando dentro de las coberturas se hallaban incluidas las multifocales.

CONCLUSIÓN:

Las entidades no deben realizar una interpretación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de sus asegurados, máxime cuando del literal de las mismas no se desprenden limitaciones al ejercicio de tales derechos.

6/2019. Denegación de cobertura en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante mostraba su disconformidad por el hecho de que su aseguradora no cubriese unas lentes intraoculares trifocales que le habían sido implantadas en una operación de cataratas.

La entidad alegaba que la implantación de lentes trifocales no estaba cubierta por la póliza; únicamente estaban cubiertas las lentes intraoculares mono focales, bifocales y multifocales.

Examinado el condicionado de la póliza aportado al expediente, se observó que recogía como cubiertas las “lentes intraoculares mono focales, bifocales y multifocales en las operaciones de cataratas”, sin precisar que entre las multifocales se excluían las trifocales.

En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, de acuerdo con la póliza, la entidad debía dar cobertura a la implantación de las lentes trifocales realizada al reclamante.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de decesos.

ASUNTO:

Importe y conceptos en la liquidación de la devolución del exceso entre la suma asegurada y el coste del servicio prestado.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que debía devolverse al reclamante el importe del coste del servicio de traslado deducido de la cantidad ofrecida como liquidación.

CONCLUSIÓN:

Con carácter general, las garantías como la de traslado en los seguros de decesos, son adicionales a la principal, por lo que su importe no puede estar incluido en la liquidación del exceso entre la suma asegurada y el coste del servicio.

7/2019. Importe de la prestación en un seguro de decesos

El reclamante exponía que el asegurado de una póliza de decesos había fallecido en una localidad distinta de donde se iba a celebrar el servicio fúnebre y que la compañía solo le había abonado los gastos del tanatorio de la primera localidad y no los de la segunda. Solicitaba asimismo que la aseguradora le abonara el importe de la sepultura garantizada en la póliza y que no había sido utilizada por tenerla en propiedad el fallecido.

La entidad alegaba que el contrato solamente cubría un velatorio, habiendo sido los familiares del asegurado fallecido debidamente informados al respecto, así como de que la normativa solamente permite el traslado una vez transcurridas 24 horas desde el fallecimiento, habiendo los familiares decidido realizar un velatorio en la localidad de fallecimiento con cargo a la póliza. Alegaba también que se había abonado al reclamante, como heredero del asegurado, la diferencia entre la suma asegurada y los gastos del sepelio porque estos habían sido inferiores a la suma asegurada, pero no le correspondía, a mayores, el abono de cantidades por elementos del servicio no utilizados y alegaba también que había asumido gastos no cubiertos por la póliza.

De acuerdo con la descripción del servicio contenida en el contrato objeto de la reclamación, se cubría una sala de velatorio, habiendo los familiares utilizado una sala en la localidad del fallecimiento, de acuerdo con las facturas aportadas al expediente. Por lo expuesto, dado que la compañía había cubierto la sala de velatorio especificada en la póliza, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no tenía la obligación contractual de cubrir la segunda sala contratada por los familiares del asegurado fallecido.

También se puso de manifiesto en el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones que, toda vez que se había devuelto el exceso entre la suma asegurada y el coste del servicio, ni la legislación, ni la póliza, contemplaban el abono de una cantidad adicional en concepto de elementos del servicio no prestados, por lo que no era posible exigir a la compañía el abono de los mismos, como la sepultura.

Ahora bien, de acuerdo con el contrato, el asegurado fallecido tenía contratada la cobertura de asistencia, dentro de la cual se incluía el traslado nacional en caso de fallecimiento. De acuerdo con lo dispuesto en las condiciones generales para esta garantía, “serán por cuenta del asegurador las gestiones y gastos necesarios para el traslado de los asegurados que fallezcan en cualquier lugar del territorio español, o del resto del mundo, al cementerio municipal o parroquial, o al crematorio, en España, que éstos o sus familiares hayan designado o designen”. Al tratarse de una garantía adicional asumida por la compañía aseguradora, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el importe de los gastos correspondientes al traslado no debería tenerse en cuenta a la hora de calcular la diferencia entre la suma asegurada y el coste de los servicios, por lo que debía devolverse a los herederos el importe facturado en relación con el traslado.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de roturas y averías de equipos electrónicos

ASUNTO:

Indemnización del objeto siniestrado conforme al valor venal del mismo.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

Las cláusulas de indemnización por el valor venal del objeto asegurado tienen la consideración de cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados y, para su aplicación, deben cumplir los requisitos fijados en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

8/2019. Importe de la indemnización en un seguro de teléfonos móviles

El asegurado exponía que había comunicado a la entidad aseguradora un siniestro consistente en la rotura accidental del terminal asegurado. Se quejaba de que, con el importe ofrecido por la entidad, no podía adquirir un nuevo terminal similar al dañado.

La aseguradora alegaba que no hacía sino aplicar el condicionado general que indicaba que si el teléfono móvil asegurado se encontraba dentro del primer año desde su compra, en caso de siniestro se aplicaría una deducción del 20% en concepto de depreciación.

En las condiciones generales aportadas al expediente se indicaba lo siguiente: "(...) Si no hubiera disponibilidad de un bien de iguales características y el asegurado no aceptase las alternativas similares, el asegurador podrá optar por indemnizar por el valor venal del bien en el momento del siniestro. Dicho valor se calculará descontando del PVP reflejado en la factura de compra del bien, un 20% si en el momento del siniestro se encuentra dentro del primer año de antigüedad, un 40% dentro del segundo año, y así sucesivamente incrementando la depreciación en un 20% por año".

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la indemnización por el valor venal restringía el derecho del asegurado a la obtención del importe del valor de compra de un terminal nuevo, además de indicarse en el informe final que no se justificaba que el 20 por ciento fuera la depreciación efectiva del bien. Se concluyó, por tanto, que la cláusula tenía la consideración de limitativa, por lo que, para su validez, debía cumplir con los requisitos del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, es decir, estar destacada y aceptada expresamente por el tomador del contrato. Se comprobó que la cláusula no estaba destacada por lo que la misma no resultaba de aplicación.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro obligatorio del automóvil.

ASUNTO:

Discrepancia en el importe de la indemnización por los daños materiales causados en un accidente de circulación.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

La indemnización de los perjudicados en accidentes de circulación debe abarcar no solo el importe de los daños sino también el de los perjuicios sufridos.

9/2019. Valoración de los daños materiales derivados de un accidente de la circulación

El reclamante tenía la condición de perjudicado en un accidente de circulación. En el mismo se habían causado daños a la puerta de una nave industrial de su propiedad. En su reclamación exponía que no estaba de acuerdo con la valoración de los daños efectuada por la aseguradora del vehículo del responsable. Si bien en un primer momento le ofrecieron abonarle el importe del presupuesto de reparación, posteriormente la entidad le había enviado una oferta de indemnización menor.

La entidad alegaba que, en base al informe pericial realizado, se había deducido del importe del presupuesto un porcentaje de depreciación, tal y como se reflejaba en la oferta motivada remitida al reclamante.

El artículo 1902 del Código Civil establece el principio de resarcimiento íntegro, en virtud del cual, el responsable de un daño causado interviniendo culpa o negligencia debe proceder a la total reparación del mismo. Por su parte, el apartado 1 del artículo 7 del el 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 “El asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes, así como los gastos y otros perjuicios a los que tenga derecho (...)”.

En el informe final se indicó que, si bien la compañía había procedido, conforme a sus obligaciones legales, a emitir la correspondiente oferta motivada, no resultaba acreditado que el reclamante, con la indemnización propuesta, pudiese reparar los daños sufridos en la nave de su propiedad. De esta manera, y teniendo en cuenta que el perjudicado no podría quedar en una situación peor a la que se encontraba en el momento anterior al siniestro, el Servicio de Reclamaciones concluyó que la actuación de la entidad era contraria a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro obligatorio del automóvil.

ASUNTO:

Incumplimiento de la obligación de presentar la respuesta motivada por parte de la entidad aseguradora del vehículo causante de un accidente de la circulación.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 7.2 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

CONCLUSIÓN:

La aplicación de los convenios de indemnización directa entre entidades aseguradoras, para la liquidación de siniestros de daños materiales, no exime a la entidad aseguradora del responsable de un accidente de circulación de su obligación de presentar una respuesta motivada, o, en su caso, una oferta.

10/2019. Incumplimiento de la obligación de presentar una respuesta motivada

El reclamante indicaba en su escrito que su vehículo había recibido un golpe cuando estaba estacionado. Exponía también que, durante la tramitación del siniestro realizada en virtud de los convenios de indemnización directa entre entidades aseguradoras, la compañía con la que tenía suscrito su seguro de automóvil le había indicado que la aseguradora del responsable aceptaba su responsabilidad pero que tras la peritación, realizada por su propia aseguradora, se le había comunicado que los daños reclamados no se debían al accidente. Indicaba asimismo en su escrito que su aseguradora le había informado de la posibilidad de solicitar la respuesta, o en su caso oferta motivada, a la compañía del presunto responsable.

La entidad aseguradora del contrario alegaba que, en aplicación de los convenios de indemnización directa, la tramitación y peritación de los daños se había llevado a cabo por parte de la compañía del reclamante. Esta había comprobado que los mismos eran preexistentes a los hechos denunciados. Asimismo afirmaba que había sido la compañía del reclamante quien le había comunicado el rehúse del siniestro por lo que había cumplido con sus obligaciones legales.

De conformidad con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (en adelante TRLRCSCVM) aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, “En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, 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 de este artículo. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de este artículo (...)”.

Una vez analizada la documentación aportada al expediente, el Servicio de Reclamaciones constató que la entidad reclamada no había acreditado que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo citado del TRLRCSCVM, presentara la correspondiente respuesta motivada. Por tanto, se concluyó que, independientemente de que la entidad del reclamante hubiese procedido a la tramitación del siniestro y comunicado el rehúse del mismo a su asegurado, la entidad del contrario estaba obligada a emitir la correspondiente respuesta motivada.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de comunidad de propietarios.

ASUNTO:

Discrepancia sobre la fecha a tener en cuenta para la determinación de la cobertura de defensa jurídica.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que, dada la redacción de la póliza, los gastos de defensa jurídica correspondientes a las cantidades reclamadas con posterioridad a la entrada en vigor del contrato de seguro debían ser objeto de cobertura.

CONCLUSIÓN:

Las entidades no deben realizar una interpretación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de sus asegurados, máxime cuando del literal de las mismas no se desprenden limitaciones al ejercicio de tales derechos.

11/2019. Cobertura de defensa jurídica en un seguro de comunidad de propietarios

El reclamante solicitaba la cobertura de defensa jurídica para la interposición de una demanda judicial contra varios propietarios por las deudas relativas a las cuotas de los recibos comunitarios de los ejercicios.

La entidad denegaba la pretensión del reclamante por estimar que los impagos eran anteriores a la fecha de efecto de la póliza, y, por lo tanto, no podían ser objeto de cobertura. La compañía consideraba que, aunque los impagos se refiriesen a dos anualidades consecutivas, debía considerarse como fecha de ocurrencia la del primer impago, que se había producido antes de la entrada en vigor del contrato.

En las condiciones generales aportadas al expediente se regulaba la reclamación por impago de cuotas y se indicaba “Para que la reclamación quede garantizada en vía judicial, deberán cumplirse los siguientes requisitos: Que el inicio del impago origen de la reclamación, sea posterior a la entrada en vigor de la póliza. Que las cuotas a reclamar sumen un mínimo de cuatro mensualidades impagadas, si las mismas se devengan mensualmente, o de dos cuotas impagadas, si se devengan trimestralmente”.

Consecuentemente con lo anterior, a efectos de determinar la cobertura del siniestro, el Servicio de Reclamaciones consideró que, dado que el impago se refería a cuotas anuales y la póliza nada contemplaba en relación con el impago de los recibos anuales, la fecha de ocurrencia del siniestro debía ser el momento en el que un recibo de cuota anual se pasase al cobro por primera vez y fuese desatendido.

Por lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el reclamante tendría derecho al abono de los gastos de reclamación correspondientes a la cuota del segundo año pues ese recibo anual había sido enviado al cobro cuando la póliza ya estaba en vigor.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de responsabilidad civil profesional.

ASUNTO:

Discrepancia sobre el alcance de la actividad profesional asegurada.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que el error profesional declarado tenía cobertura en el contrato suscrito, de acuerdo con la redacción de la póliza.

CONCLUSIÓN:

Las entidades no deben realizar una interpretación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de sus asegurados, máxime cuando del literal de las mismas no se desprenden limitaciones al ejercicio de tales derechos.

12/2019. Alcance de la cobertura de un seguro de responsabilidad civil profesional

El reclamante, asegurado en un contrato de seguro de responsabilidad civil profesional, indicaba que, en el ejercicio de su profesión, había realizado fuera de plazo la presentación, ante un ayuntamiento, de determinada documentación relacionada con la gestión del impuesto sobre bienes inmuebles. Su entidad aseguradora había rechazado el siniestro porque la actividad profesional realizada no se ajustaba a la prevista en el contrato.

La aseguradora alegaba que había rechazado el siniestro porque en el informe pericial, encargado por ella, se concluía que el perjudicado, y cliente del asegurado, había contratado unos servicios de gestión de alquileres con el asegurado, siendo esta actividad propia de un agente inmobiliario, actividad que llevaba aparejada la gestión del impuesto municipal, con el que se cometió el error.

En la póliza aportada al expediente se indicaba que la actividad objeto del seguro era la de “asesoría laboral, fiscal y contable”. Asimismo, figuraba, como contratada, la garantía de responsabilidad civil profesional, entendida como aquella que “se derive de errores, negligencias u omisiones cometidas por el asegurado, por daños patrimoniales primarios o perjuicios económicos causados involuntariamente a clientes o terceros por hechos que deriven del ejercicio de la actividad profesional descrita anteriormente tal y como dicha profesión venga regulada en los estatutos, disposiciones y reglamentos vigentes”. Y, como exclusión de la misma, se indicaba “actividades profesionales distintas de la expresamente asegurada, así como aquellas que caigan fuera del ámbito profesional del asegurado. (...)”

El Servicio de Reclamaciones consideró que la descripción en la póliza de la actividad ejercida por el reclamante era genérica, y que, por tanto, la gestión del impuesto sobre bienes inmuebles, al tratarse de una materia fiscal, podría entenderse incluida en la actividad asegurada.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de hogar.

ASUNTO:

Incumplimiento del plazo de cuarenta días para realizar el pago del importe mínimo por parte de la aseguradora.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones apreció un incumplimiento de los artículos 18 y 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

Las entidades están obligadas a realizar el pago del importe mínimo de lo que pudieran deber, dentro del plazo de cuarenta días desde la recepción de la declaración de un siniestro. El incumplimiento de esta obligación lleva aparejado el pago de los intereses de demora previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

13/2019 Incumplimiento de la obligación del pago del importe mínimo en el plazo legal

El reclamante indicaba que había resultado perjudicado como consecuencia de los daños causados en su vivienda por una fuga de agua en una vivienda superior. Manifestaba su disconformidad con la indemnización ofertada por la aseguradora de su vecino por considerarla insuficiente en relación con los daños causados por el siniestro en su mobiliario.

La aseguradora del responsable alegaba que, tras la recepción de la reclamación y la revisión del importe ofrecido inicialmente como indemnización, se había decidido incrementar la misma. No obstante, añadía, determinados importes solicitados ni habían podido ser verificados, ni el reclamante había acreditado su existencia ni su relación con el siniestro.

Analizada la documentación aportada, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar, respecto al importe de los daños, que no tenía competencias para realizar valoraciones económicas, ni para pronunciarse sobre controversias cuya resolución requiriese la valoración de expertos con conocimientos en materias ajenas a la normativa aseguradora, tal como se dispone en el artículo 10.1, letras c y d, de la Orden ECC/2502/2012. Se informó, no obstante, a ambas partes, que podían someterse, de forma voluntaria y de mutuo acuerdo, a un procedimiento pericial como el descrito en el artículo 38 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Por otro lado, el informe final puso de manifiesto también que, no obstante lo anterior, se había incumplido la obligación de realizar el pago dentro del plazo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, a que se refiere el artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, porque no fue hasta la interposición de la reclamación cuando la compañía abonó el importe ofrecido al perjudicado. El citado incumplimiento lleva aparejado el pago de los intereses de demora regulados en el artículo 20 del mismo texto legal.

Capítulo III

2. Mediación.

TIPO DE SEGURO:

Seguro de comunidades.

ASUNTO:

Información suministrada por parte de la correduría en el seguro de comunidades contratado por su cliente.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones apreció un incumplimiento de los artículos 6 y 26.2 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación en seguros y reaseguros privados.

CONCLUSIÓN:

Los corredores de seguros deben prestar a sus clientes asesoramiento adecuado sobre las cláusulas de los contratos en los que participan como mediadores.

14/2019. Asesoramiento en un seguro de una comunidad de propietarios

El reclamante exponía que la comunidad de propietarios asegurada había recibido, de su corredor de seguros, un correo electrónico indicando que la entidad aseguradora con la que tenían contratado el seguro se oponía a la prórroga del mismo, por lo que contrataron otro seguro. Posteriormente, las dos entidades procedieron al cobro de ambos recibos. Solicitaba que el corredor asumiese su responsabilidad por la actuación realizada.

La entidad mediadora alegaba que el administrador de la comunidad había decidido contratar un nuevo seguro, sin cerciorarse primero de la anulación del precedente. Indicaba también que había intentado que la compañía anterior le devolviese a su cliente el recibo sin haberlo conseguido, y que, tras su intento, había informado de la existencia de un sobreseguro y que había redactado un modelo de reclamación para que ambas entidades extornasen, cada una en su proporción, el exceso de lo cobrado.

Analizada la documentación aportada al expediente, el Servicio de Reclamaciones constató la existencia de un correo electrónico, remitido por la entidad mediadora al reclamante, en el que se le informaba de que la compañía aseguradora inicial se oponía a la prórroga del contrato.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones apreció que la actuación de la entidad mediadora no se ajustaba a lo previsto en el 6 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados que dispone, “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 (...)”, ni al artículo 26.2 del mismo cuerpo legal, que prevé, “(...) asimismo, velarán por la concurrencia de los requisitos que ha de reunir la póliza de seguro para su eficacia y plenitud de efectos.”

Por tanto, se consideraron incumplidos tales preceptos.

Capítulo III

3. Planes.

TIPO DE SEGURO:

Plan de pensiones individual.

ASUNTO:

Incumplimiento de la resolución vinculante emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora en relación al consentimiento del partícipe en el momento de la contratación.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones entendió incumplidos los artículos 7 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y 49 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

CONCLUSIÓN:

Las decisiones del defensor del partícipe favorables a los reclamantes son vinculantes para las entidades gestoras.

15/2019. Incumplimiento de la resolución emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora

El reclamante exponía que había solicitado a la entidad reclamada una copia del contrato que acreditase la suscripción del producto financiero al que se encontraba adherido desde el año 2005, sin haber obtenido respuesta. Tras la presentación de una reclamación, el defensor del partícipe de la entidad había estimado la misma, indicándose en la resolución que, ante la falta de la debida justificación documental, el reclamante podía proceder a hacer efectivos sus derechos. No obstante lo anterior, la entidad gestora no había procedido a cumplir con lo indicado por su defensor.

La entidad reclamada indicaba, en la contestación al requerimiento del Servicio de Reclamaciones, que no procedía la formulación de alegaciones adicionales.

El Servicio de Reclamaciones indicó en su informe final que, de acuerdo con el artículo 101 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, la contratación de un plan de pensiones debe formalizarse mediante un documento o boletín de adhesión suscrito por el partícipe conjuntamente con el promotor del plan, la gestora y depositaria.

En virtud del citado artículo, el defensor del partícipe designado por la entidad reclamada había resuelto que, ante la ausencia de la pertinente documentación contractual, no podía imponerse restricción al rescate de las cantidades aportadas concluyendo que el reclamante había manifestado su deseo de contratar un plan de jubilación y no un plan de pensiones.

En relación con la eficacia del pronunciamiento previo por parte del defensor, el Servicio de Reclamaciones consideró de aplicación tanto el artículo 7 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, como el artículo 49 del Reglamento de planes y fondos de pensiones en los que se establece que la resolución dictada por el defensor del partícipe favorable al mismo vincula a la entidad reclamada en relación al objeto de la reclamación formulada.

Por tanto, y en la medida en que la entidad reclamada no había justificado ante el Servicio de Reclamaciones el debido cumplimiento del pronunciamiento del defensor, se entendieron incumplidos los precitados artículos.



Capítulo IV

Información pública

Capítulo IV

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

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

Información de la página web

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

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

Asimismo, con la finalidad de facilitar y aclarar el acceso al procedimiento de tramitación de expedientes ante el Servicio de Reclamaciones, se ofrece 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 un apartado en el 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”** se ponen 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.

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

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

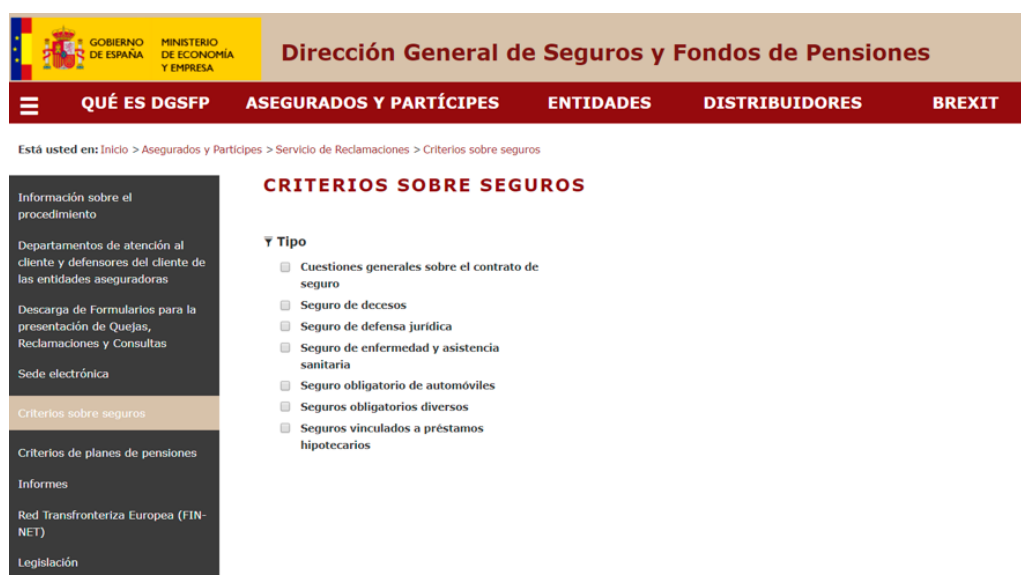
Se incluyen igualmente algunos de los **criterios del Servicio de Reclamaciones** utilizados en la emisión de sus informes y que están relacionados con las materias más habituales de consulta, queja o reclamación.

Capítulo IV

Estos criterios están clasificados según afecten a todos los ramos de seguro, o bien a algunos en particular, y a planes y fondos de pensiones.

En este epígrafe se publican también los **diferentes informes** elaborados por el Servicio de Reclamaciones.

Por último, hay que destacar que también se publican, en la web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, 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.



Capítulo IV

Red transfronteriza europea de resolución de conflictos extrajudiciales en el ámbito de los servicios financieros FIN-NET)

El Servicio de Reclamaciones tiene competencia 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 tenga un conflicto con una entidad domiciliada en otro país, tendría que dirigirse al órgano de resolución de conflictos del Estado en el que esté domiciliada esa entidad, lo que en muchos casos es disuasorio para los consumidores.

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

[Commission and its priorities](#)[Policies, information and services](#)

English **EN**[Search](#)

[European Commission](#) > [Business, Economy, Euro](#) > [Banking and finance](#) > [Consumer finance and payments](#) > [Consumer financial services](#) >

Financial dispute resolution network: FIN-NET

Make a complaint about a financial service provider in another EEA country

FIN-NET helps customers resolve cross border disputes out of court

The FIN-NET network

[About FIN-NET](#)
[Members of FIN-NET by country](#)

[Report a problem or give feedback on this page](#)

European Commission

[Commission and its priorities](#)[Policies, information and services](#)

Follow the European Commission

[Facebook](#) [Twitter](#)
[Other social media](#)

European Union

[EU institutions](#) [European Union](#)

[About the Commission's new web presence](#) [Resources for partners](#) [Cookies](#) [Legal notice](#) [Contact](#)

Capítulo IV

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 está adherida a esta red. En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el apartado “Servicio de Reclamaciones” se proporciona el enlace a la misma.

Implantación de procedimientos telemáticos

La Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, hoy derogada, estableció una nueva regulación de los registros administrativos electrónicos orientada, entre otros aspectos, a promover las comunicaciones telemáticas entre los ciudadanos y la Administración.

Esta ley fue derogada por la vigente Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Esta regulación ha supuesto dar un paso más en la generalización de la tramitación telemática en los procedimientos administrativos y en el consiguiente abandono progresivo de la tradicional tramitación en papel. Con la nueva ley, se pretende convertir la tramitación telemática, no en una forma especial de tramitación de los procedimientos administrativos, sino en la forma habitual de relacionarse con las administraciones. La tramitación telemática y la constancia de documentos y actuaciones en archivos electrónicos redundan en una mayor eficacia, eficiencia, agilidad de los procedimientos y en un ahorro de costes para los ciudadanos.

El empleo de medios telemáticos, como forma de tramitación de las reclamaciones, quejas y consultas, agiliza los trámites de comunicación entre las entidades, los ciudadanos y la Administración, disminuye los costes y reduce el plazo de resolución de los expedientes, procurando con todo 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 su Sede Electrónica o directamente desde el enlace <https://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 https://www.sede-dgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Index_Proteccion_Asegurado.asp

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

Capítulo IV

Seleccionando el apartado 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.



Las comunicaciones telemáticas efectuadas por las partes tienen la misma validez que las que se realicen a través de cualquier otro medio. Estas comunicaciones se realizan a través del Registro Electrónico del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital de acuerdo con lo dispuesto en la Orden ECC/523/2013, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio.

A partir del 2 de octubre de 2016, fecha de entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, el sistema de comunicación telemática es la única forma de tramitación de las comunicaciones entre las entidades aseguradoras y la Administración. En virtud de lo dispuesto en su artículo 14, las

Capítulo IV

personas jurídicas pasan a estar obligadas, en todo caso, a relacionarse con las Administraciones Públicas a través de medios electrónicos para la realización de cualquier trámite que forme parte de un procedimiento administrativo.

Sin embargo, en el caso de las personas físicas, éstas podrán elegir en todo momento si se comunican con las Administraciones Públicas a través de medios electrónicos o no, para el ejercicio de sus derechos y obligaciones. Además, el medio elegido por la persona física para comunicarse con las Administraciones Públicas podrá ser modificado por aquélla en cualquier momento.

Por último, hay que señalar que existe la posibilidad de que los ciudadanos y las entidades puedan consultar por este mismo medio el estado de su expediente a través de la opción “consultas” del menú de la Sede Electrónica.

The screenshot displays the 'sede electrónica' website of the Spanish Government. The header includes the logo and the text 'GOBIERNO DE ESPAÑA', 'MINISTERIO DE ECONOMÍA Y EMPRESA', and 'Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones'. A search bar is located in the top right corner. Below the header, a navigation bar shows the current path: 'Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios > Protección al asegurado y al participante - Servicio de reclamaciones > Ciudadanos y compañías'. The main content area is titled 'Procedimientos y servicios' and features a section for 'Protección al asegurado y al participante - Servicio de reclamaciones'. This section contains a link to 'Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre' and a detailed description of the claims process. Below this, there are three main categories: 'Ciudadanos', 'Compañías', and 'Seguimiento y consultas'. Each category has a list of links: 'Ciudadanos' includes 'Presentar reclamación' and 'Presentar documentación adicional'; 'Compañías' includes 'Presentar alegaciones' and 'Contestación a requerimiento del informe final'; 'Seguimiento y consultas' includes 'Consulta de expedientes' and 'Ventanilla única'. At the bottom of the main content area, there is a link to a 'Manual de ayuda para configurar las opciones de seguridad de Internet Explorer'. The footer contains several utility links: 'Preguntas frecuentes', 'Contáctenos', 'Portal Web de la DGSFP', 'Enlaces de interés', 'Guía de navegación', 'Accesibilidad', 'Aviso legal', and 'Mapa web'. There are also three small icons for 'W3C CSS', 'W3C HTML', and 'W3C WAI-ARIA'.

Capítulo IV

Guía del asegurado y del partícipe

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 los interesados 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.



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 diferentes organismos internacionales.

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.

Capítulo IV

Bajo estas premisas, el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores firmaron un Convenio de colaboración para el desarrollo de un plan de educación financiera. Los compromisos y objetivos asumidos se reflejan en el Plan de Educación Financiera 2008-2012. El Plan se prorrogó para el período 2013-2017. Ahora mismo está vigente la renovación que abarca el periodo 2018-2021.

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

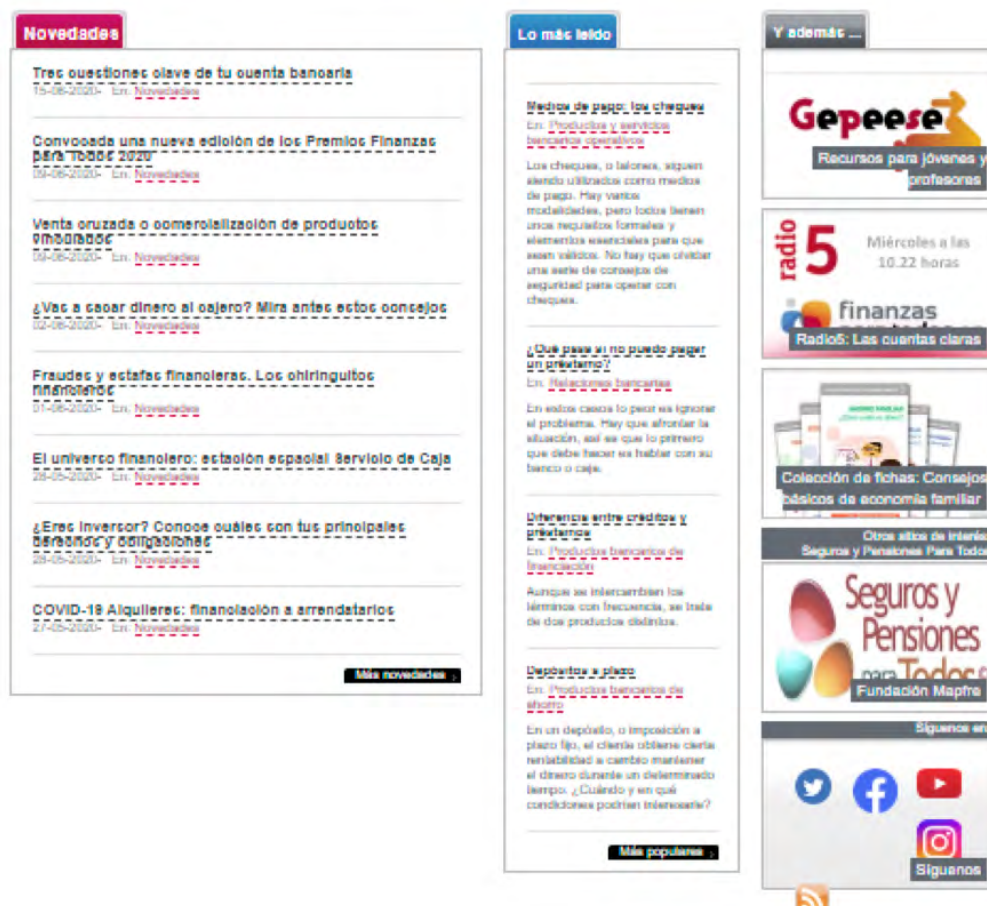
Con base en la experiencia adquirida a lo largo de las sucesivas etapas del Plan de Educación Financiera, así como a la derivada de los organismos promotores del Plan en el desarrollo de su actividad supervisora, la estrategia nacional para los próximos años está dando prioridad a una serie de actuaciones que se detallan a continuación y que podrán verse ampliadas o ajustadas en caso de que se detecten otras prioridades. Estas actuaciones quedan enmarcadas en los objetivos que se detallan a continuación:

- Impulso de la marca finanzas para todos.
- Digitalización y educación financiera.
- Consolidación del Día de la Educación Financiera.
- Conocimiento del público y de sus necesidades de educación financiera.
- Refuerzo del papel de los colaboradores del Plan buscando promocionar la educación financiera entre colectivos sociales específicos.
- Promoción de la educación financiera dirigida a los escolares.

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

Asimismo, con la finalidad de servir de instrumento a las autoridades educativas y difundir la educación financiera entre todos los jóvenes, también se publicó, dentro del portal [finanzasparatodos](http://finanzasparatodos.es), la página web [gepeese](http://gepeese.es). 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.

Capítulo IV



Capítulo IV



Cabe destacar también que en el curso 2018-2019 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. En esta edición se adhirieron 475 centros educativos, abarcando más de 23.000 estudiantes y más de 600 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Asimismo, el día 7 de octubre de 2019 se celebró la quinta edición del Día de la Educación Financiera, con la finalidad de concienciar a la población de la importancia de tener una adecuada cultura financiera. Se organizaron más de 125 actividades a lo largo de toda la geografía nacional. En esta edición, el Día estuvo dedicado a la digitalización financiera bajo el lema "Conectados a la digitalización".

Capítulo IV

Tuvo lugar también en 2019, y dentro de las actividades del Plan de Educación Financiera, la V edición de los Premios. Finanzas para Todos. Estos premios reconocen aquellas iniciativas de educación financiera desarrolladas en España, que suponen una contribución significativa a la mejora de los conocimientos financieros de los ciudadanos, enseñen a tomar decisiones financieras informadas y desarrollen hábitos y competencias relacionados con el ahorro y la planificación del gasto.

Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación

En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones también se ofrece información sobre la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. La citada comisión fue creada para analizar la puesta en marcha del sistema de indemnización a las víctimas, sus repercusiones jurídicas y económicas, el sistema de actualización del mismo y para formular sugerencias para su mejora.

En este apartado de la página web se contiene, además de la información sobre el órgano colegiado y sus funciones, la guía actualizada de buenas prácticas creada por la Comisión para la aplicación del baremo.

Guías de buenas prácticas en materia de conducta de mercado

Por último, referido a la información ofrecida en el portal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cabe destacar la publicación de guías técnicas de buenas prácticas en materia de conducta de mercado.



Capítulo V

Criterios del Servicio de Reclamaciones

Capítulo V

1. Seguros.

1.1. Seguros de vida.

1.1.1. Seguros colectivos.

- Seguros individuales comercializados a través de entidades de crédito como seguros colectivos, en los que figuran como tomadores las citadas entidades.

En estos expedientes se informa a las partes que la entidad aseguradora reclamada ha incumplido el artículo 7 de la Ley de Contrato de Seguro y se comunica que es el reclamante, que es quien paga la prima, quien ostenta la condición de tomador.

- En seguros colectivos propios, es decir, aquellos en los que hay un único tomador, que paga la prima, y un grupo de personas aseguradas, cuando no se proporciona información de las cláusulas que regulan los derechos y obligaciones de estas.

En estos expedientes se recuerda el contenido del artículo 117 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que establece la obligación de las entidades aseguradoras de entregar un certificado individual de seguro a cada asegurado. Se indica asimismo que de acuerdo con la redacción del artículo 122 del mismo texto normativo el certificado individual debe contener la regulación de los derechos y obligaciones del asegurado derivados de su adhesión/incorporación al contrato colectivo.

1.1.2. Otras actuaciones.

- 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 lo que contrata es un producto bancario, de inversión o de seguros. Sobre todo ocurre en productos como aquellos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión (conocidos comercialmente como unit linked) en los que se mezclan características aseguradoras y de inversión.

En algunos contratos no se identifican las primas que corresponden a cada garantía, ni los gastos aplicables. En estos casos el informe del Servicio de Reclamaciones concluye que se incumple el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro y el 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Cabe resaltar la entrada en vigor del Reglamento (UE) 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de noviembre de 2014, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros y el Reglamento Delegado (UE) 2017/653 de la Comisión, de 8 de marzo de 2017, por el que se completa el Reglamento (UE) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento

Capítulo V

de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos. En ellos se establece la obligación para las entidades de entrega del documento de datos fundamentales con el contenido y formato previstos en las citadas normas.

- Tipo de interés y gastos internos.

En algunos seguros de vida comercializados no se indica, o se indica de manera confusa, el tipo de interés aplicable a la operación.

En otros casos, se aplican a las primas unos gastos internos de gestión que no aparecen reflejados en las pólizas.

En ambos casos se indica por el Servicio de Reclamaciones que se entiende vulnerado lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

La Orden ECC/2329/2014, de 12 de diciembre, regula el cálculo de la rentabilidad esperada de las operaciones de seguro de vida. La incorporación a nuestro ordenamiento jurídico de la obligación de informar de la rentabilidad esperada en el sector asegurador tiene como objeto garantizar una regulación más transparente y eficaz de los mercados de seguros, por un lado, y la protección de los ahorradores y tomadores de seguros, por otro, al facilitar a los inversores un elemento de comparación que pueda servirles como referencia a la hora de tomar sus decisiones de inversión entre las distintos productos disponibles en el mercado.

- Participación en beneficios.

En algunas reclamaciones se ha puesto de manifiesto la 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.

- 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, como la presentación del último recibo pagado o una copia de la póliza.

En estos casos resulta de aplicación el artículo 31 de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal, que establece que se considera desleal por agresivo el hecho de exigir al consumidor o usuario, ya sea tomador, beneficiario o tercero perjudicado, que desee reclamar una indemnización al amparo de un contrato de seguro, la presentación de documentos que no sean razonablemente necesarios para determinar la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo o dejar sistemáticamente sin responder la correspondencia al respecto, con el fin de disuadirlo de ejercer sus derechos.

- En los seguros de vida en los que el valor de la prestación y/o del derecho de rescate dependen del valor de mercado de determinados activos financieros que no se identifican en el contrato, las reclamaciones se resuelven en el sentido de indicar que las entidades incumplen lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo V

- Denegación de cobertura por parte de las entidades alegando enfermedades preexistentes a la celebración del contrato, no declaradas, cuando no se ha sometido al tomador a cuestionario de salud.

En estos supuestos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que no pueden excluirse los siniestros derivados de enfermedades preexistentes por resultar esta actuación contraria a lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, que establece que si no se ha sometido a cuestionario al tomador, este queda exonerado de su deber de declaración del riesgo.

- Denegación de cobertura por parte de las entidades, alegando el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, por existir alguna reserva o inexactitud en la declaración de salud, debidamente fechada y firmada por el asegurado.

En estos casos se exige que la aseguradora acredite que existe una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto, conforme a la jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo.

Asimismo, en los casos en los que la reserva o inexactitud en la declaración, el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por la entidad aseguradora en el momento de realizar la declaración, se indica en el informe final que este supuesto no supone un incumplimiento del deber de declaración del riesgo, también por aplicación de la jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo.

- Regulación en los contratos en el sentido de indicar que determinados cálculos, en relación a la valoración de los activos financieros en los se invierte o se usan como referencia, se realizarán por un determinado agente de cálculo, sin precisar cómo se realizan los mismos.

En estas reclamaciones se pone de manifiesto, que, en cumplimiento del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, es decir, en cumplimiento de los requisitos de claridad y precisión, el contrato debe regular la forma de cálculo de cualquier derecho económico que surja del mismo.

- Denegación por parte de la aseguradora o del mediador del cambio de la entidad bancaria del cobro de las rentas.

En estos casos, se indica que, dado que la cuenta y la entidad bancarias en las que se efectúan los cargos y abonos relacionados con el seguro no son elementos esenciales del mismo, pueden ser modificados por el tomador sin necesidad del consentimiento por parte de la compañía aseguradora ni del mediador.

- Denegación por parte de la aseguradora de la realización de pagos adicionales de primas en los seguros de vida ahorro.

En estas reclamaciones pueden darse dos situaciones diferentes:

Capítulo V

- Que se regule en el contrato que el tomador puede realizar aportaciones adicionales o excepcionales sin indicarse nada más al respecto. En estas reclamaciones se indica que, al no hacerse depender la decisión de la voluntad de ambas partes sino solo de la del tomador, este puede realizar las citadas aportaciones.
- Que se regule en el contrato que, para la realización de aportaciones adicionales, se requiere la voluntad de ambas partes. En estos casos se indica que si la aseguradora no consiente, el tomador no tiene derecho a la realización de esas aportaciones.

1.2. Contratos de seguros vinculados 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 la medida en que ambas opciones, seguro anual renovable y seguro a prima única, son válidas y ofrecen la misma garantía a las entidades prestamistas, el hecho de que se requiera la contratación de la segunda modalidad tiene, según criterio del Servicio de Reclamaciones, la consideración de actuación contraria a las buenas prácticas.

Cabe señalar la entrada en vigor en 2019 de la Ley 5/2019, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario, que pretende garantizar un régimen jurídico seguro, ágil y eficaz, que proteja este tipo de operaciones. En particular, y para el ámbito de los seguros, destaca la nueva regulación de ventas vinculadas y combinadas.

- 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, conteniendo el artículo 40 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro un régimen especial de 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.

Por lo anterior, las cláusulas que designan como beneficiario, en este tipo de seguros, al acreedor hipotecario, pueden resultar contrarias a los artículos mencionados de la Ley de Contrato de Seguro.

La regulación específica de esta materia se encuentra en la Orden EHA/2899/2011, de 28 de octubre, de transparencia y protección del cliente de servicios bancarios y en la Circular 5/2012, de 27 de junio, del Banco de España, a entidades de crédito y proveedores de servicios de pago, sobre transparencia de los servicios bancarios y responsabilidad en la concesión de préstamos.

Esta regulación, protectora de los derechos del cliente de servicios financieros, trata de paliar los efectos que produce la desventaja informativa, fomentando la transparencia en las relaciones entidad-cliente a lo largo de todo el tracto de la negociación del préstamo.

Capítulo V

- La previsión en el contrato de seguro de que, en caso de cancelación anticipada del préstamo hipotecario, la entidad aseguradora devolverá el importe de la prima no consumida, sin indicación de la tabla de valores a lo largo de la vida del préstamo, ni su fórmula de cálculo.

En la práctica las entidades deducen una serie de gastos que no se incluyen en el contrato.

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que la oscuridad en la redacción de los contratos no debe perjudicar al asegurado, y se informa del derecho del tomador a la parte proporcional de la prima no consumida sin la detracción de los gastos que no se establecen en el contrato.

- El hecho de que se obligue, al suscribir un seguro de daños vinculado a un préstamo hipotecario, a que figure como suma asegurada para continente el importe del préstamo, cuando queda acreditado que, dicho valor, supera notablemente el valor de reconstrucción del inmueble asegurado.

En estos casos se indica, por parte del Servicio de Reclamaciones, que en virtud de lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley de Contrato de Seguro, en el supuesto de producirse un siniestro total, el asegurado solo va a tener derecho al importe del valor real de reconstrucción del bien, es decir, nunca va a tener derecho a cobrar el importe de la suma asegurada en el contrato. Por lo anterior, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Ley de Contrato de Seguro, debe devolverse el importe de prima cobrada en exceso al tomador.

1.3. Seguro del automóvil.

- Ofertas y respuestas motivadas en el seguro de responsabilidad civil obligatoria.

Se han tramitado expedientes en los que se ponía de manifiesto el incumplimiento por parte de las entidades del régimen de oferta y respuesta motivada establecido en el artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre,

Este régimen obliga a las aseguradoras a fundamentar sus decisiones en el caso de ofrecer una determinada indemnización o rehusar un siniestro a las víctimas de accidentes de tráfico, y a no condicionar el cobro de la indemnización a la firma de un finiquito.

Además, al constituir infracción administrativa el incumplimiento de esta obligación, en esos casos, el Servicio de Reclamaciones pone los hechos en conocimiento del Departamento de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones encargado de la incoación del correspondiente expediente sancionador.

- Limitaciones en la aplicación de los 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.

Capítulo V

Se han tramitado reclamaciones en las que en el informe se ponía de manifiesto que las entidades aplicaban las limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios, cuando su asegurado debía ser indemnizado como un tercero.

El propio Convenio regula que, en relación con la indemnización al perjudicado, la aseguradora debe evitar la judicialización de la liquidación del siniestro, resolviendo los daños con su asegurado de forma plenamente satisfactoria de acuerdo con las indemnizaciones a que tienen derecho los perjudicados sin culpa, en base al principio de responsabilidad civil extracontractual establecido en el artículo 1902 del Código Civil.

En caso de tramitación vía convenios, en los que no consta que se haya emitido oferta o respuesta motivada 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, el hecho de que la aseguradora del perjudicado no informe acerca de la posibilidad de reclamar ante la entidad aseguradora del responsable para obtener la oportuna oferta o respuesta motivada con los requisitos que establece el precitado artículo 7, tiene la consideración de actuación contraria a las buenas prácticas.

Asimismo se han resuelto expedientes en los que las entidades de los responsables no indemnizaron a los perjudicados en accidentes de circulación por los perjuicios, derivados y debidamente probados, de la imposibilidad de utilizar el vehículo hasta el abono de la indemnización.

En estos expedientes se indica que las aseguradoras de los vehículos culpables deberían 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, siempre que el perjudicado acredite la necesidad de contar con un vehículo durante el tiempo que reste hasta el pago total de la indemnización.

- Se han tramitado reclamaciones en las que el asegurado o el perjudicado demandan que la aseguradora les abone el IVA de la reparación del vehículo siniestrado.

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que, a falta de pacto entre las partes, con carácter general, la aseguradora debe indemnizar el importe del IVA soportado por el perjudicado/asegurado (empresario o profesional) con ocasión de la reparación del vehículo. Excepcionalmente, puede no abonarse el importe del IVA cuando concurren acumulativamente las siguientes circunstancias:

- Que la factura que incorpora el coste de la reparación se haya expedido a cargo del perjudicado, incluyendo el IVA.
- Que el perjudicado/asegurado que aparece en la factura sea un empresario o profesional con derecho pleno a la deducción del impuesto.
- Que el bien objeto de reparación esté afecto a las actividades empresariales o profesionales del perjudicado/asegurado.

Capítulo V

1.4. Seguros de hogar.

- Discrepancias entre asegurador y asegurado sobre la valoración de los daños derivados del siniestro.

En estos supuestos se remite a las partes al trámite pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, al exceder de las competencias del Servicio de Reclamaciones. Para la resolución de estas reclamaciones se requiere necesariamente la valoración de expertos con conocimientos especializados en materias técnicas ajenas a la normativa de transparencia y protección de la clientela o a las buenas prácticas y usos financieros.

- Daños producidos con ocasión de la peritación realizada por la aseguradora.

El Servicio de Reclamaciones considera que, en el caso de que, a consecuencia de una peritación por parte de la aseguradora, se causen daños inevitables en los bienes asegurados, y finalmente no haya derecho a una indemnización por no hallarse los hechos cubiertos por la póliza, la situación del asegurado debe ser repuesta a la previa al acaecimiento de los hechos, y por tanto, esos daños inevitables derivados de la peritación deben ser indemnizados.

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

En algunas reclamaciones resueltas, las entidades aseguradoras se desentendieron de la deficiente prestación del servicio realizado por operarios enviados por ellas. En estos casos se indica, por parte del Servicio de Reclamaciones, que debe considerarse como un deber de diligencia mínimo, la comprobación posterior de los trabajos de los citados operarios, con el objeto de verificar que se ha dado cumplimiento a la obligación principal del asegurador, que es la prestación en caso de siniestro.

- En algunos expedientes se apreció una falta de información e inadecuado asesoramiento a los asegurados, en la fase previa a la contratación, sobre la valoración del continente y del contenido en casos en los que el tomador pretendía estar plenamente asegurado.

Se pone de manifiesto en los expedientes que tal conducta resulta contraria a las buenas prácticas que deben presidir la relación entre asegurador y asegurado.

- Falta de información, en general, al rehusar siniestros por parte de las compañías sobre las causas de no aceptación.

En estos casos se indica, en el informe del Servicio de Reclamaciones, que tal conducta resulta contraria a las buenas prácticas del sector asegurador.

- El hecho de condicionar la cobertura comúnmente conocida como “reparación de daños estéticos” a que la misma se realice por el asegurado en plazos inferiores a los de prescripción previstos en el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

En estos expedientes se emite informe indicando el incumplimiento, por parte de las entidades, del citado precepto imperativo.

Capítulo V

- En las coberturas de daños derivados de fenómenos meteorológicos, el hecho de que se haga depender la cobertura, no de algo objetivo, como la superación o el alcance de determinadas mediciones de dichos fenómenos, o cualesquiera otras valoraciones conforme a criterios objetivos, sino de que el resto de construcciones situadas en el radio determinado en la póliza estén afectadas.

En estas reclamaciones, en el informe emitido por el Servicio de Reclamaciones se indica que el riesgo a considerar debe ser la vivienda asegurada, no el de las construcciones colindantes.

Lo anterior sería válido como cláusula accesoria en la medida en la que, a través de medios objetivos de comprobación, que deberían estar explicitados en la póliza, no pudiera ser determinada la existencia del siniestro, pero no como condición única para la cobertura.

- Se aportan al expediente modelos de condiciones generales diferentes por parte del asegurado y de la entidad aseguradora.

En estos supuestos se aplica el modelo de condiciones generales que consta en las condiciones particulares aportadas por el reclamante, salvo que la entidad aporte otras condiciones particulares de fecha posterior, debidamente firmadas por el tomador, en las que se indica otro modelo de condiciones generales aplicable.

Cuestión diferente es si en las condiciones particulares no se indica el modelo de condiciones generales; en estos casos será la entidad la que tenga que acreditar el modelo aplicable. Si no lo acredita, prevalecen las aportadas por el reclamante.

1.5. Seguros de asistencia sanitaria.

- Elevación de la prima, no justificada por la compañía.

En estos casos, si la entidad reclamada cumplió con la obligación legal de comunicar al tomador la subida de prima (al menos con dos meses de antelación a la conclusión del contrato y por escrito) se requiere a la entidad, en aras de la transparencia y el equilibrio contractual, para que justifique el incremento con indicación de los factores de riesgo y los cálculos efectuados.

Elevación de la prima, por inclusión de nuevas garantías o coberturas no solicitadas.

En estas reclamaciones se requiere a las entidades para que acrediten que la modificación contractual se realizó cumpliendo con los requisitos del artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro y así resulte probada la comunicación al tomador por parte del asegurador.

- Elevación de la prima sin cumplir los requisitos del artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, alegando el principio de suficiencia de las primas contemplado en el artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Capítulo V

En estos casos se indica a las entidades que la adecuación al principio de suficiencia de la prima no les exime del cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 22 de la Ley de Contrato de seguro: comunicación por escrito al tomador de la subida de la prima con al menos dos meses de antelación al vencimiento del contrato.

- 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, el reclamante denuncia que el propio agente de la aseguradora fue el que se encargó de rellenarlo sin la participación activa del tomador.

En el primero de los casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que, al faltar la firma del tomador o del asegurado, se entiende por no realizado el cuestionario y la entidad no puede basarse en el mismo para excluir siniestros.

En el segundo de los casos, al tratarse de hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial, el Servicio de Reclamaciones omite un pronunciamiento expreso.

En ambos supuestos es importante incidir en que, en la comercialización de los seguros de personas, es fundamental el informar al tomador sobre la trascendencia de lo declarado en el cuestionario de salud, pues de no contestar de manera veraz al mismo, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada por la entidad aseguradora.

- Cuestionarios de salud que establecen que si no se contesta al mismo la respuesta se entiende negativa y el resultado es un cuestionario en blanco.

El criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que este tipo de cuestionarios carece de validez, pues con ellos las entidades no pueden acreditar que efectivamente sometieron a cuestionario a sus clientes.

- Existencia de cláusulas por las que se excluyen los medios de diagnóstico y técnicas de tratamiento que no sean de práctica general en la Sanidad Pública.

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que, para poder aplicar la exclusión, la entidad aseguradora debe acreditar que efectivamente el tratamiento a través de la técnica solicitada por el reclamante no es de práctica general en la Sanidad Pública, y que, en caso de que se acredite este extremo, la entidad debe abonar alternativamente el importe que le hubiese supuesto el tratamiento por la técnica convencional cubierta por la póliza.

- 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.

La Ley de Contrato de Seguro establece que en las condiciones que regulen la asistencia sanitaria no pueden excluirse las necesarias asistencias de carácter urgente. En virtud de lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que no cabe aplicar límites temporales.

Capítulo V

- Denegación de pruebas médicas relativas a embarazo por la existencia de cláusulas de exclusión referidas a esta situación.

En estas reclamaciones se indica que las exclusiones de las pólizas, relativas a cualquier tipo de prueba, tratamiento o asistencia médica que tengan que ver con el embarazo, parto o puerperio, son contrarias al artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que establece que no pueden establecerse diferencias de trato entre mujeres y hombres en las primas y prestaciones de las personas aseguradas

1.6. Contratos de asistencia en viaje.

- En algunos seguros de asistencia en viaje, figura 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.

En estos expedientes se informa a las partes que la entidad reclamada ha incumplido el artículo 7 de la Ley de Contrato de Seguro y se comunica que es el reclamante, que es quien paga la prima, quien ostenta la condición de tomador.

- Supuestos en los que los clientes afirman haber recibido solo un resumen de las condiciones generales, desconociendo el contenido completo del contrato.

En estos casos se requiere a la entidad para que acredite que entregó las condiciones al reclamante.

1.7. Seguros de incapacidad temporal.

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

Se dan supuestos en los 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.

En estos expedientes, si la entidad no justifica su decisión y actúa basándose únicamente en indicios, se comunica que debe indemnizar al asegurado conforme al artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

- Cláusulas que indican que si la declaración del siniestro se recibe por el asegurador transcurrido el plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del mismo, el asegurado comenzará a devengar la indemnización diaria desde la fecha en que haya recibido la comunicación del asegurador.

Capítulo V

Este tipo de cláusulas resulta contrario al artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro que establece que la mera comunicación extemporánea de un siniestro no puede conllevar menor indemnización que la que hubiera correspondido de haberse efectuado la comunicación en el plazo previsto en la ley.

- Cláusulas que indican que en caso de alteración del estado de salud como consecuencia de patologías derivadas de embarazo o del parto, el capital asegurado máximo por todo el proceso de gestación, parto y postparto, así como cualquier posible complicación o consecuencia de dichos procesos, es menor que para otras situaciones de incapacidad temporal cubiertas por la póliza.

En estas reclamaciones se indica que las limitaciones establecidas en las pólizas, derivadas de situaciones de incapacidad temporal que tenga que ver con el proceso de gestación, parto y postparto, son contrarias al artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que establece que no pueden establecerse diferencias de trato entre mujeres y hombres en las primas y prestaciones de las personas aseguradas

1.8. Seguro de defensa jurídica.

- En las reclamaciones relativas a los seguros de defensa jurídica se observa que las entidades argumentan, en ocasiones, que consideran inviable, por su carácter temerario o por otras razones previstas en la póliza, una determinada 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.

En estos supuestos se indica que la citada cláusula de inviabilidad tiene la consideración de limitativa de los derechos de los asegurados y para que resulte válida debe estar destacada y aceptada por el tomador, debiendo constar su firma. De no ser así, la cláusula no puede ser invocada por la entidad.

En caso de que resulte válida, por cumplir los requisitos citados en el párrafo precedente, se requiere a la entidad para que justifique la inviabilidad alegada, en aras de la transparencia que se entiende mínimamente exigible a las relaciones de las entidades financieras con sus clientes.

En siniestros derivados de accidentes de tráfico, en aquellos supuestos en los que la entidad aseguradora no informa, ante la disconformidad del asegurado, acerca del derecho a libre elección de profesionales para reclamar al contrario, dentro de los límites y condiciones contemplados en la póliza, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considera la actuación como contraria a las buenas prácticas.

- En aquellos expedientes en los que se observa una suma asegurada desproporcionadamente inferior al importe de los gastos judiciales que va a implicar una reclamación ante los tribunales de justicia, se indica que ese hecho hace que quede prácticamente sin contenido, el derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo V

- Aplicación de la cláusula que indica que los gastos de reclamación de daños son de cuantía ilimitada, si se realiza a través de los abogados de la entidad, y con un límite tasado, para los casos de libre elección de letrado.

En estas reclamaciones se indica que la citada cláusula tiene el carácter de limitativa de los derechos de los asegurados, y que, por tanto, para su validez, requiere estar destacada en el contrato y expresamente aceptada por el tomador con su firma.

1.9. Sobre el procedimiento de liquidación y pago del siniestro en general.

- Reclamaciones que tienen que ver con retrasos en el pago del importe mínimo fijado por la Ley de Contrato de Seguro.

En estos expedientes, si el asegurado ha facilitado a la entidad las informaciones necesarias para la tramitación del siniestro, se pone de manifiesto el incumplimiento del artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro que obliga al pago de la indemnización dentro del plazo de cuarenta días desde la comunicación del siniestro y se requiere a la entidad para que abone los correspondientes intereses de demora previstos legalmente.

- Desentendimiento por parte de la entidad aseguradora de la actuación de los profesionales designados por ella para la reparación de daños cubiertos por la póliza o para la realización de las investigaciones y peritaciones necesarias previas a la determinación de cobertura.

En general, en los seguros de prestación de servicios, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que las aseguradoras deben observar, en la medida que se trata de profesionales designados por ellas, una conducta diligente en la que se incluye la verificación de la calidad del servicio prestado. Por tanto, en estas reclamaciones, si se acredita la falta de dicha diligencia, la actuación de la entidad se considera contraria a las buenas prácticas.

- En los casos que se indican a continuación, el criterio del Servicio de Reclamaciones es entender que la actuación de las entidades reclamadas resulta contraria a las buenas prácticas y usos financieros:
 - Falta de información sobre las causas de denegación de un siniestro o de justificación de un importe ofrecido como indemnización.
 - Sometimiento de la firma de un finiquito como condición para el cobro de la indemnización, con carácter general y sin que se trate de una transacción.
 - Demora en la comunicación del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora o de la realización de las investigaciones y peritaciones necesarias.
 - 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, esta, sin previo aviso, ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.

Capítulo V

- Cuando se trata de reclamaciones en las que el importe de los daños resulta inferior a los gastos de una tasación, el hecho de que las entidades remitan al asegurado, sin más explicación, al trámite pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

1.10. Otras actuaciones.

- Reclamaciones en la que se aprecia falta de información por parte de las entidades aseguradoras a sus clientes sobre los distintos mecanismos de reclamación existentes en las mismas.

En estos expedientes se indica que la entidad incumple lo dispuesto en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y lo dispuesto en la 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.

- 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 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones acceden a entregar el informe.

En estos casos el criterio del Servicio de Reclamaciones es entender que la actuación de las entidades reclamadas resulta contraria a las buenas prácticas y usos financieros

2. Planes de pensiones.

- Deficiente información a los partícipes de planes de pensiones en el momento de la contratación y durante la vida del plan.

En ocasiones los partícipes reciben una información parcial e incompleta del producto que contratan, desconociendo los riesgos que comporta. Es habitual que el único documento que declaran haber recibido sea una copia de su solicitud de adhesión al plan de pensiones.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de planes y fondos de pensiones, el comercializador ha de entregar al potencial partícipe con carácter previo a la contratación, un documento de datos fundamentales que le permita conocer las principales características y riesgos del producto antes de su contratación, el cual se ha de publicar en el sitio web de la entidad gestora o de su grupo.

Asimismo, en el boletín de adhesión mediante el cual se suscribe el plan de pensiones, se recogen determinadas cláusulas que han de estar destacadas de modo especial, como la circunstancia de haber recibido el documento de datos fundamentales, el carácter no reembolsable del derecho consolidado hasta la ocurrencia de la contingencia o supuestos excepcionales de liquidez, la ausencia de garantía de rentabilidad y la posibilidad de incurrir en pérdidas, entre otras.

- Movilización de derechos consolidados y económicos.

Capítulo V

Retrasos injustificados en la movilización de derechos consolidados, superando los plazos máximos establecidos por el Reglamento de planes y fondos de pensiones.

Por otra parte, se observa que hay entidades comercializadoras que informan de la imposibilidad de llevar a cabo la movilización de derechos económicos de beneficiarios por fallecimiento, aduciendo razones operativas, cuando esta posibilidad está expresamente contemplada por el art. 50.2 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

- Falta de diligencia en la tramitación de solicitudes de cobro de prestaciones de planes de pensiones.

En ocasiones las entidades comercializadoras no informan adecuadamente al partícipe de toda la documentación que ha de aportar cuando este solicita la prestación, lo que ocasiona, en muchos casos, una excesiva demora en la tramitación y pago de la prestación. Asimismo, no se facilita al partícipe justificante de la fecha de entrega de la documentación aportada, cuando el art. 75.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que “el receptor estará obligado a facilitar al solicitante constancia de su recepción”.

Igualmente se denuncian 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.

- Información recibida con ocasión de la contratación de una garantía financiera externa de rentabilidad.

Se dan supuestos en que el partícipe que contrata una garantía financiera externa para su plan de pensiones individual no recibe información clara y por escrito de las condiciones de la citada garantía, de forma que desconoce la fórmula de cálculo de la misma, así como su exclusiva aplicación a la fecha de vencimiento.

Con la finalidad de mejorar la transparencia en la información en estos casos, el Real Decreto 681/2014, de 1 de agosto, modificó la redacción del artículo 77 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, recogiendo expresamente la obligación de entregar al partícipe una copia del documento de garantía.

Adicionalmente, el referido Real Decreto 681/2014, incorporó al contenido de la información semestral a remitir a partícipes y beneficiarios, la relativa a la fecha de vencimiento de la garantía y el importe garantizado a dicha fecha, debiéndose advertir expresamente que en caso de movilización o cobro antes del vencimiento no opera la garantía.



Anexo I

Cuadros estadísticos.

El cuadro A.1.I ofrece una clasificación de las consultas, quejas y reclamaciones en materia de contrato seguro, presentadas 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 presentados y el porcentaje que representa respecto a la cifra total. Para cada provincia se indica el número de expedientes y el porcentaje que representan respecto al total de la comunidad autónoma.

Cuadro A.1.I
Expedientes presentados en 2019 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
Andalucía	Almería	130	1,26
	Cádiz	209	2,02
	Córdoba	118	1,14
	Granada	172	1,67
	Huelva	83	0,80
	Jaén	107	1,04
	Málaga	286	2,77
	Sevilla	344	3,33
Andalucía		1.449	14,03
Aragón	Huesca	42	0,41
	Teruel	29	0,28
	Zaragoza	213	2,06
Aragón		284	2,75
Asturias	Asturias	230	2,23
Asturias		230	2,23
Baleares	Illes Balears	254	2,46
Baleares		254	2,46
Canarias	Palmas (Las)	170	1,65
	Santa Cruz de Tenerife	226	2,19
Canarias		396	3,84

Anexo I

Territorio		Número	%
Cantabria	Cantabria	181	1,75
Cantabria		181	1,75
Castilla la Mancha	Albacete	75	0,73
	Ciudad Real	164	1,59
	Cuenca	47	0,46
	Guadalajara	72	0,70
	Toledo	195	1,89
Castilla la Mancha		553	5,36
Castilla y León	Ávila	36	0,35
	Burgos	102	0,99
	León	137	1,33
	Palencia	22	0,21
	Salamanca	65	0,63
	Segovia	41	0,40
	Soria	12	0,12
	Valladolid	176	1,70
	Zamora	43	0,42
Castilla y León		634	6,14
Cataluña	Barcelona	853	8,26
	Girona	76	0,74
	Lleida	61	0,59
	Tarragona	101	0,98
Cataluña		1.091	10,57
Ceuta	Ceuta	4	0,04
Ceuta		4	0,04
Comunidad Valenciana	Alicante	337	3,26
	Castellón	108	1,05
	Valencia	613	5,94
Comunidad Valenciana		1.058	10,25
Extremadura	Badajoz	181	1,75
	Cáceres	58	0,56
Extremadura		239	2,31

Anexo I

Territorio		Número	%
Galicia	Coruña, A	348	3,37
	Lugo	73	0,71
	Ourense	63	0,61
	Pontevedra	254	2,46
Galicia		738	7,15
Madrid	Madrid	2.232	21,62
Madrid		2.232	21,62
Melilla	Melilla	6	0,06
Melilla		6	0,06
Murcia	Murcia	294	2,85
Murcia		294	2,85
Navarra	Navarra	124	1,20
Navarra		124	1,20
País Vasco	Álava	78	0,76
	Guipúzcoa	94	0,91
	Vizcaya	262	2,54
País Vasco		434	4,20
Rioja (La)	Rioja (La)	75	0,73
Rioja (La)		75	0,73
Total territorio español		10.276	99,53
Total presentados fuera del territorio español		49	0,47
Total		10.325	100

El cuadro A.1.II muestra el número total de reclamaciones presentadas 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.

Anexo I

Cuadro A.1.II
Expedientes de reclamaciones de seguros presentados en 2019
según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	5.318	83,38
Mutua	447	7,01
Entidad Extranjera (Sucursal)	381	5,97
Entidad Extranjera (L.P.S.)	139	2,18
Mutualidad de Previsión Social	68	1,07
Otras Formas Jurídicas	13	0,20
Agrupaciones	12	0,19
TOTAL	6.378	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2018).

Cuadro A.1.III
Relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores

AÑO 2004

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

Anexo I

AÑO 2005

Seguros
1. Designación de beneficiarios en un seguro de vida. 2. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado. 3. Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro. 4. No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro. 5. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados. 6. No abono de gastos de localización de siniestros. 7. Interpretación de la póliza. 8. Seguro de vida para caso de fallecimiento en que la asegurada y beneficiaria son la misma persona.
Planes de pensiones
9. Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos. 10. Plan de pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación. 11. Jubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera. 12. Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones. 13. Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable. 14. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.
Mediación
15. Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.

AÑO 2006

Seguros
1. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. 2. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. 3. Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida. 4. Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir. 5. Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida. 6. Información relativa a valores de rescate en seguros de vida.

Anexo I

7. Denegación de cobertura por falta de conservación de la pieza dañada.
8. Imposición de una prima única en la contratación de un seguro de vida ligado a un préstamo hipotecario.
9. Denegación de cobertura de los accesorios de un vehículo.
10. Gastos realizados para aminorar las consecuencias del siniestro. (Similar al caso 5/2005 del informe del año 2005)
11. Publicidad sobre interés garantizado.
Planes de pensiones
12. Errores de la entidad.
13. Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe.
14. Falta de información debida.
15. Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada.
Mediación
16. Asesoramiento incorrecto.
17. No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor.
18. Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.
Comercialización por entidades de crédito
19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

AÑO 2007

Seguros
1. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico.
2. Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles.
3. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.
4. Falta de defensa de los intereses del reclamante.
5. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.
6. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.
7. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.
8. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.

Anexo I

9. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
10. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
11. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.
12. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.
13. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.
14. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.
Planes de pensiones
15. Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar.
16. Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.
Mediación
17. Denegación del siniestro por un corredor.
18. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.
Comercialización por entidades de crédito
19. Falta de información relativa al producto contratado.
20. Comercialización de un seguro de protección de pago y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario.
21. Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado.
22. No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones.
23. Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.

AÑO 2008

Seguros
Seguros de daños
1. Interpretación de la cláusula de robo de un seguro combinado de comercios.
2. Imposición del resultado de un procedimiento arbitral a un asegurado que no es parte en el mismo.
3. Conflicto de intereses en un seguro de responsabilidad civil.
4. Denegación de la cobertura de daños estéticos.
5. Exigencia de la franquicia con posterioridad a la firma de un finiquito.
6. Sobreseguro en operaciones de financiación.

Anexo I

Seguros de personas

7. Denegación del pago de la prestación de incapacidad transitoria por enfermedad preexistente.
8. Rechazo de aportaciones adicionales previstas en el contrato.
9. Estimaciones de la participación en beneficios.
10. Reasignaciones de los fondos en un seguro unit link.
11. Falta de definición del valor de rescate en la póliza.
12. Denegación de la cobertura por enfermedad preexistente no diagnosticada.
13. Rechazo de pruebas diagnósticas en una póliza de enfermedad.
14. Incremento anual de prima en una póliza de enfermedad por inclusión de nuevas coberturas.
15. Rechazo del tratamiento prescrito por tratarse de una nueva técnica no prevista en el contrato.
16. Incrementos de primas en un seguro de decesos.
17. Falta de adecuación a la Ley Orgánica para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Planes de pensiones

18. Contratación de un plan de pensiones sin autorización del partícipe.
19. Incumplimiento de plazos en el pago de la prestación de un plan de pensiones.
20. Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por enfermedad preexistente.

Mediación

21. Asistencia y asesoramiento inadecuado en la tramitación de un siniestro.

Comercialización por entidades de crédito

22. Comercialización de seguros de alto riesgo a personas con un perfil inversor adverso al riesgo.
23. Incumplimiento de la obligación de entregar la póliza de seguro.

AÑO 2009

Seguros

Seguros de personas

1. Denegación del pago de la prestación de la incapacidad reclamada y rescisión de la póliza.
2. Incumplimiento del deber de entregar la nota informativa previa a la contratación de un seguro de vida.
3. Incumplimiento del contenido obligatorio de la nota informativa previa.
4. Rechazo no justificado del pago de la prestación por incapacidad temporal.

Anexo I

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

Anexo I

AÑO 2010

Seguros
Seguros de personas 1. Falta de claridad en la definición de los valores de rescate en un seguro de vida. 2. Concesión de un préstamo personal para contratar un seguro unit link. 3. Aclaración de la liquidación de una indemnización de un contrato de seguro de vida para caso de fallecimiento. 4. Cuestionario de salud. 5. Negativa a abonar la indemnización al beneficiario de un seguro de vida por falta de firma de la póliza. 6. Incremento desproporcionado de la prima en un seguro de enfermedad. 7. Cómputo del plazo para indemnizar una incapacidad temporal. 8. Incumplimiento del deber de entrega de la nota informativa previa en el seguro de decesos. 9. Rechazo del pago de la prestación de una póliza de decesos.
Seguros de daños 10. Indemnización en un seguro de robo. 11. Incorrecta aplicación de la regla proporcional en caso de infraseguro. 12. Indemnización por robo de un vehículo. 13. Alcance de la indemnización por responsabilidad civil al perjudicado. 14. Falta de oferta motivada. 15. Garantía de defensa jurídica condicionada a la reparación del vehículo. 16. Denegación del coste de un vehículo de alquiler en la cobertura de asistencia en viaje.
Mediación
17. Rehúse del siniestro por el corredor de seguros. 18. Contratación de un seguro sin consentimiento del tomador.
Planes de pensiones
19. Impedimento de la movilización de un plan de pensiones hasta que el partícipe devuelva la bonificación. 20. Contratación de un plan de pensiones sin consentimiento del titular.

Anexo I

AÑO 2011

Seguros
Seguros de personas 1. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza. 2. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación. 3. Modificación de las condiciones inicialmente pactadas. 4. Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado. 5. Inexactitudes en el cuestionario de salud.
Seguros de daños 6. Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos. 7. Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar. 8. Falta de oferta motivada. 9. Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor. 10. Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos. 11. Cláusula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.
Mediación
12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.
Planes de pensiones
13. Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones. 14. No cobertura de la incapacidad permanente reconocida antes de la contratación del plan de pensiones. 15. Retraso en la movilización de derechos consolidados. Los sábados se consideran días hábiles a efectos de movilizaciones.

AÑO 2012

Seguros
Seguros de personas 1. Rechazo del pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad preexistente. 2. Inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal. 3. Rechazo de cobertura de intervención quirúrgica por aplicación de nuevas técnicas. 4. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud.

Anexo I

Seguros de daños
5. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.
6. Oposición a la prórroga.
7. Gastos por desistimiento en la contratación a distancia.
8. Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro.
9. Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.
Mediación
10. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.
Planes de pensiones
12. Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.
13. Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.
14. Movilización realizada sin consentimiento del titular.

AÑO 2013

Seguros
Seguros de personas
1. Insuficiencia de suma asegurada en un seguro de decesos cuando la entidad se obliga en la póliza a actualizar dicha suma.
2. Rechazo de cobertura por comunicación tardía de un siniestro en un seguro de enfermedad.
3. Rescisión de un contrato de asistencia sanitaria durante la realización de un tratamiento médico.
4. Inadmisión por tratarse de una cuestión que requiere la valoración de expertos con conocimientos médicos
Seguros de daños
5. Tramitación de siniestros a través de Convenios.
6. Robo de vehículo y recuperación fuera del plazo previsto en la póliza.
7. Interpretación de una cláusula de un seguro de responsabilidad civil.
8. Inadmisión por requerirse valoración pericial en un seguro de incendios
Mediación
9. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.

Anexo I

Planes de pensiones
10. Solicitud de rescate por situación de desempleo preexistente a la contratación del plan de pensiones
11. Constitución de una garantía sobre los derechos consolidados de un plan de pensiones y sus efectos sobre el ejercicio del derecho de movilización.
12. Valoración de los derechos consolidados a efectos de movilización. Pérdida de la garantía financiera externa.

AÑO 2014

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

AÑO 2015

Seguros
Seguros de personas
1. Plazo de carencia en un seguro de hospitalización.
2. Condiciones impuestas por una entidad para proceder a la anulación de una póliza vinculada a un préstamo.

Anexo I

Seguros de daños
3. Responsabilidad civil en el ejercicio de la actividad asegurada.
4. Interpretación de una cláusula de la garantía de defensa jurídica de una póliza.
5. Inadmisión de la reclamación por falta de competencia del Servicio de Reclamaciones.
6. Oferta motivada en un seguro del automóvil.
Mediación
7. Información a suministrar en la oposición a la prórroga.
Planes de pensiones
8. Cobro de la prestación de fallecimiento en favor de parte de los hijos del partícipe fallecido.
9. Falta de claridad de la publicidad relativa a la garantía financiera externa de un plan de pensiones.
10. Retraso en la movilización de un plan de previsión asegurado a un plan de pensiones.

AÑO 2016

Seguros
Seguros de personas
1. Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el derecho de rescate en una póliza de vida
2. Denegación a un tomador, en un seguro de vida, del ejercicio del derecho de rescate
3. Cobertura del coste de una prótesis en un seguro de asistencia sanitaria
4. Cobertura médico-quirúrgica en una póliza de asistencia sanitaria
5. Cláusula limitativa de los derechos de los asegurados en una póliza de accidentes
Seguros de daños
6. Seguro de hogar vinculado a un préstamo hipotecario
7. Contradicción en las cláusulas de un contrato multirriesgo empresarial
8. Responsabilidad civil post-trabajos en el ejercicio de la actividad asegurada
9. Incumplimiento de los requisitos de la oferta motivada
10. Cobertura de hurto en un seguro de móviles
11. Deficiente tramitación de un siniestro de daños por agua y defensa jurídica
Mediación
12. Derecho de desistimiento e información a suministrar en los contratos de seguros celebrados a distancia

Anexo I

Planes de pensiones
13. Cobro de la prestación de jubilación con motivo del acceso efectivo a la jubilación en el país de referencia
14. Destino de aportaciones posteriores a la jubilación anticipada
15. Seguro colectivo de ahorro asociado al plan de pensiones

AÑO 2017

Seguros
Seguros de personas 1. Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el importe de la indemnización al vencimiento de un contrato de seguro de vida. 2. Ejercicio del derecho de rescate cuando no se identifican los activos financieros en los que se invierte la prima única de un seguro de vida. 3. Modificación unilateral por parte de la entidad del importe de los gastos a aplicar en un seguro de vida. 4. Error en la aplicación de la cláusula que regula el valor del derecho de rescate en una póliza de vida. 5. Cuestionario de salud en un seguro de decesos. 6. Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria.
Seguros de daños 7. Excepción inoponible a la acción directa en un seguro de responsabilidad civil. 8. Aplicación de la normativa en materia de seguros privados en relación con la normativa de servicios de pago. 9. Limitación al derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro. 10. Incumplimiento de los requisitos de la respuesta motivada en un supuesto de conflicto de intereses. 11. Cláusula que limita el derecho a la libre elección de abogado en un seguro de defensa jurídica.
Mediación
12. Falta de acreditación de asistencia y asesoramiento durante la tramitación de un siniestro.
Planes de pensiones
13. Beneficiarios por fallecimiento en el supuesto de duda sobre la voluntad del partícipe fallecido respecto de su plan de pensiones.
14. Modificación de una garantía financiera.
15. Cláusula adicional a un contrato de préstamo.

Anexo I

AÑO 2018

Seguros
Seguros de personas 1. Valoración de los activos financieros en un seguro unit linked y posibilidad de modificación de los gastos por el asegurador. 2. Facultad unilateral del asegurador de modificar la rentabilidad garantizada y los gastos en un seguro de vida ahorro. 3. Movilización de un plan de previsión asegurado. 4. Denegación de la posibilidad de realizar un cambio en la entidad bancaria de cobro en un seguro de rentas. 5. Realización de pagos adicionales de primas en un seguro de vida ahorro. 6. Rehúse de una prueba médica en un seguro de asistencia sanitaria. 7. Denegación de una consulta y una intervención quirúrgica en un seguro de asistencia sanitaria. 8. Denegación de una prueba médica relativa a un embarazo. 9. Limitación en la cobertura de una incapacidad temporal derivada de embarazo.
Seguros de daños 10. Resolución anticipada del contrato de seguro por cambio de operador telefónico. 11. Falta de cobertura por oxidación en seguro de teléfono móvil 12. Desacuerdo en la forma de indemnización en un seguro de teléfono móvil. 13. Siniestro por rotura accidental en un seguro de teléfono móvil. 14. Libre designación de abogado en caso de conflicto de intereses 15. Incumplimiento de los requisitos de la oferta motivada. 16. Falta de claridad en el seguro de responsabilidad civil. 17. Situación de infraseguro en un contrato de seguro de hogar.
Mediación
18. Asesoramiento sobre la entrada en vigor del seguro.
Planes de pensiones
19. Supuesto excepcional de liquidez derivada de desempleo de larga duración. 20. Cobro parcial de derechos consolidados.

Anexo II

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.)
- **Ley 22/2007**, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- **Ley 39/2015**, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- **Ley 7/2017**, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.
- **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.
- **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.
- **Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre**, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Orden ECC/2329/2014**, de 12 de diciembre, por la que se regula el cálculo de la rentabilidad esperada de las operaciones de seguro de vida.
- **Orden ECC/2316/2015**, de 4 de noviembre, relativa a las obligaciones de información y clasificación de productos financieros.
- **Resolución de 23 de julio de 2014**, de la Subsecretaría, por la que se aprueban nuevos procedimientos, trámites y comunicaciones en el ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Real Decreto-ley 11/2020**, de 31 de marzo, para casos de desempleo o cese de actividad, derivadas de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- **Real Decreto-ley 15/2020**, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo,

Anexo II

B) Seguros, en general.

- **Ley 50/1980**, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- **Ley 20/2005**, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- **Ley 20/2015**, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- **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 1060/2015**, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- **Reglamento (UE) 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo**, de 26 de noviembre de 2014, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros.
- **Reglamento Delegado (UE) 2017/653 de la Comisión**, de 8 de marzo de 2017, por el que se completa el Reglamento (UE) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos
- **Ley 5/2019**, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario.

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.

Anexo II

- **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.
- **Real Decreto 304/2004**, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.