

**INFORME DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES
2012**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2012.

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

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

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS.

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

CAPÍTULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA.

CAPÍTULO V. PRÁCTICAS DE MERCADO.

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

ANEXO.

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

RELACIÓN DE CUADROS

Cifras generales.

- I. Evolución mensual de los expedientes iniciados.
- II. Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados.
- III. Expedientes resueltos al cierre de 2012 clasificados por tipos.
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2012.

Seguros.

- V. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2012.
- VI. Expedientes iniciados en 2012 clasificados territorialmente.
- VII. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2012 clasificadas por ramos o agrupaciones.
- VIII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2012 atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VIII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2012 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación.
- IX. Consultas resueltas en 2012 atendiendo a la materia objeto de la consulta.
- X. Quejas resueltas en 2012 atendiendo a la materia objeto de la queja.
- XI. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2012 según la forma jurídica de la entidad reclamada.
- XII.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2012.
- XII.2 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones iniciadas en 2012 en relación con el volumen de primas.
- XII.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2012 en relación con el número de reclamaciones iniciadas
- XIII. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2012 y análisis de la forma de terminación.

Mediación.

- XIV. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas en 2012.
- XV. Reclamaciones de mediación resueltas en 2012 clasificadas por asuntos.
- XVI.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2012.
- XVI.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2012 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones.

- XVII. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas en 2012.
- XVIII. Reclamaciones resueltas en 2012 clasificadas por asuntos.
- XIX. Gestoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2012.
- XX. Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2012 y análisis de la forma de terminación.
- XXI. Expedientes de reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y consultas de planes de pensiones iniciados y resueltos en 2012.

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

- XXII. Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2012.
- XXIII. Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.

Expedientes de especial interés.

- XXIV. Relación de expedientes de especial interés publicados, años 2004-2012.

Vía Telemática.

- XXV. Documentación recibida por vía telemática.
- XXVI. Entidades adheridas a las comunicaciones telemáticas.

PRESENTACIÓN

El presente informe resume la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2012. Este Servicio es el Departamento de esta Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el órgano supervisor con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Evolución de las quejas y reclamaciones

Este informe, siguiendo la estructura de años anteriores, se inicia con un capítulo dedicado a la información estadística, donde se detalla en cifras la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, mediación y planes de pensiones. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número de **expedientes iniciados** durante el año 2012 se ha incrementado un 9,65% respecto al año anterior, elevándose la cifra total de expedientes iniciados a 10.733. El aumento es de un 9,91% en lo que se refiere a reclamaciones frente a entidades aseguradoras; en planes de pensiones existe un incremento del 33,54%.
- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 9.960.
- Respecto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 40,64% terminó con un informe favorable a la entidad, un 27,13% con un informe favorable al interesado y en el restante 32,23% el Servicio de Reclamaciones no pudo emitir, a la vista de la circunstancias planteadas, un pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado. Si tenemos en cuenta únicamente los expedientes en los que ha existido un pronunciamiento del Servicio de Reclamaciones, podemos afirmar que aproximadamente el 40,04% se ha resuelto a favor del reclamante y el 59,96% a favor de la entidad.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012, que por las particularidades que plantean se ha considerado conveniente destacar.

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

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

En el capítulo dedicado a la información pública se recogen todas aquellas actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de proporcionar a los ciudadanos la máxima **transparencia e información** sobre la protección de sus derechos e intereses. Así, en este capítulo se refleja la información publicada en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se explica el procedimiento de consulta y reclamación en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, los criterios aplicados por el Servicio de Reclamaciones en la resolución de sus informes y un

enlace a la red FIN-NET que proporciona información sobre los mecanismos extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito financiero cuando la entidad aseguradora no está sometida al control del supervisor español. Además, se facilita información sobre la Sede Electrónica del Ministerio de Economía y Competitividad, que ofrece como posibilidad la tramitación de los expedientes de consultas, quejas y reclamaciones por medios telemáticos y la consulta de su estado. Este canal facilita el acceso a los servicios administrativos, así como la agilización de los procedimientos.

Por último, entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012, 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**. Entre las actuaciones llevadas a cabo en cumplimiento del plan destacan la página web www.finanzasparatodos.es, donde se compila de modo amigable toda la información necesaria sobre economía familiar, y un acuerdo con el Ministerio de Educación, habiéndose llevado a cabo en el curso 2012-2013 por segunda vez el Programa de Educación Financiera. Este programa abarca tanto a centros públicos como a privados y concertados de todas las CCAA y Ceuta y Melilla. Durante 2012, el programa fue presentado a las Consejerías de Educación, que lo ofertaron a sus centros. Al mismo tiempo, se presentó ante las principales asociaciones educativas que se sumaron a la iniciativa. Al final, 415 centros, con un colectivo objetivo de 21.500 estudiantes, se han unido al Programa para impartir educación financiera en el curso 2012-2013.

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

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2012

En este capítulo se recoge la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2012.

En 2012, el Servicio de Reclamaciones publicó un avance de las cifras correspondientes al primer semestre del año, por lo que con este informe se detalla y completa la información de la totalidad del año.

Este capítulo se divide en cuatro apartados:

- El primero, que comprende los cuadros I a IV, contiene las cifras totales de los expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones, incluyendo los referentes a la materia de seguros, mediación, y planes y fondos de pensiones.
- El segundo, cuadros V a XIII, contiene las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.
- El tercero, cuadros XIV a XVI, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas frente a corredores y corredurías de seguros.
- El cuarto, cuadros XVII al XXI, 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. Los **expedientes iniciados** son los expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012, 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 2012, independientemente de que se iniciaran en 2012 o en años anteriores.

1. CIFRAS GENERALES

Expedientes iniciados

Los cuadros I y II proporcionan diferente información sobre la totalidad de expedientes iniciados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012.

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

PERÍODO	2010	2011	2012
Enero	592	740	848
Febrero	803	913	1.196
Marzo	977	1.072	1.303
Abril	905	946	995
Mayo	1.014	961	821
Junio	983	893	806
Julio	717	567	721
Agosto	697	648	669
Septiembre	611	646	864
Octubre	1.063	912	967
Noviembre	1.021	846	1.018
Diciembre	842	644	525
TOTALES	10.225	9.788	10.733

El cuadro I contiene las cifras del total de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012 y los dos anteriores.

Conviene aclarar que las cifras anteriores no incluyen las reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones, que son atendidas por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 10.865 expedientes iniciados en 2012, frente a los 9.876 del periodo anterior.

**CUADRO II.
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA POR TIPOS DE EXPEDIENTES INICIADOS**

MES	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Consultas seguros	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	562	15	1	30	15	4	221	848
Febrero	671	13	3	27	16	2	464	1.196
Marzo	759	13	9	34	16	3	469	1.303
Abril	550	16	2	31	11	2	383	995
Mayo	500	21	3	19	13	2	263	821
Junio	509	26	5	25	21	2	218	806
Julio	501	12	4	15	7	2	180	721

MES	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Consultas seguros	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Agosto	249	19	0	16	10	1	374	669
Septiembre	549	20	8	17	9	0	261	864
Octubre	638	24	6	15	12	2	270	967
Noviembre	519	22	6	8	9	0	454	1.018
Diciembre	317	14	2	18	15	2	157	525
TOTAL 2012	6.324	215	49	255	154	22	3.714	10.733
TOTAL 2011	5.754	161	62	222	123	18	3.448	9.788
DIFERENCIA	570	54	-13	33	31	4	266	945
% VARIACION	9,91	33,54	-20,97	14,86	25,20	22,22	7,71	9,65

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2012. Se puede realizar una primera clasificación de los expedientes iniciados distinguiendo entre los expedientes admitidos y no admitidos, estos últimos por no haber cumplido los requisitos previstos en la normativa de protección de los clientes de servicios financieros para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta. Los expedientes admitidos se clasifican a su vez en reclamaciones, consultas y quejas. Éstas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones y mediación.

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012. Como anteriormente se ha comentado, los **expedientes resueltos** se corresponden con aquellos cuya tramitación ha finalizado en el presente ejercicio, independientemente de que se iniciaran en el año 2012 o en años anteriores.

CUADRO III. EXPEDIENTES RESUELTOS AL CIERRE DE 2012 CLASIFICADOS POR TIPOS

TIPO DE EXPEDIENTE	TOTAL RESUELTOS EN 2012		
	INICIADOS ANTES DE 01/01/2012	INICIADOS EN 2012	TOTAL
Reclamación de seguros	3.837	1.775	5.612
Reclamación de planes	71	84	155
Reclamación de mediadores	50	3	53
Consulta	74	187	261
Consulta planes	17	126	143
Queja	9	13	22
Escritos no admitidos	0	3.714	3.714
TOTAL	4.058	5.902	9.960

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 2012 y los iniciados en años anteriores.

**CUADRO IV.
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2012**

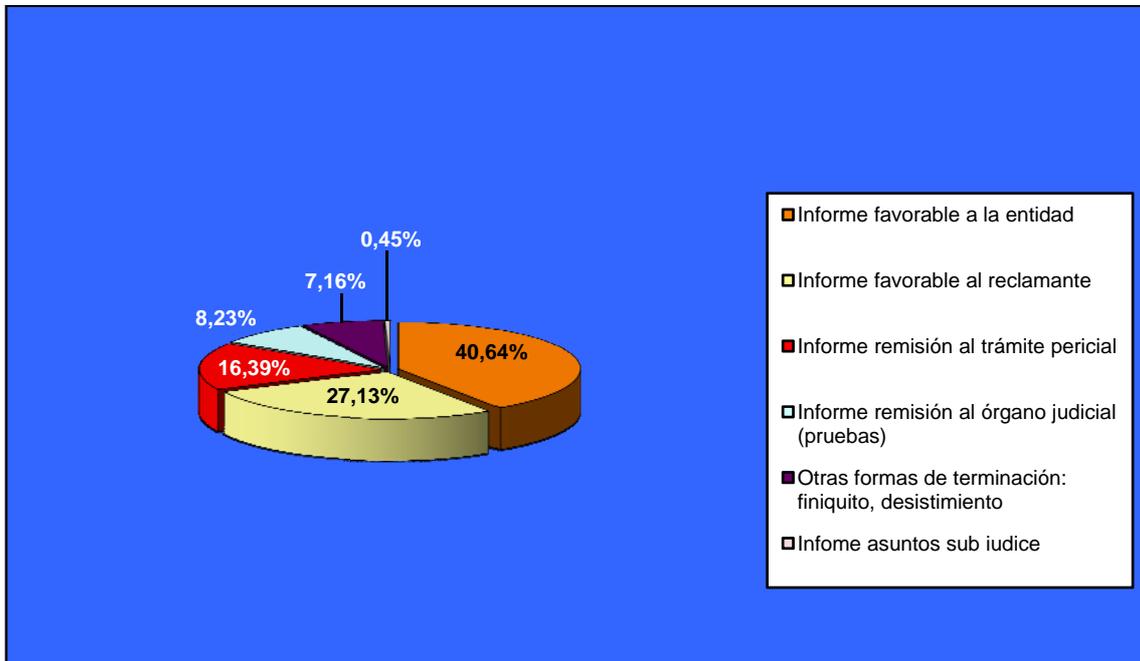
RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
1) Reclamaciones		5.820	58,43
Informe favorable a la entidad	2.365		
Informe favorable al reclamante	1.579		
Informe remisión al trámite pericial	954		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	479		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	417		
Informe asuntos sub iudice	26		
2) Escritos no admitidos		3.714	37,29
TOTAL RECLAMACIONES		9.534	
CONSULTAS			
3) Resolución de consultas		404	4,06
QUEJAS			
4) Resolución de quejas		22	0,22
EXPEDIENTES TERMINADOS		9.960	100,00

El cuadro IV ofrece un análisis completo de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012.

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

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación.
- La segunda, se refiere al número total de expedientes no admitidos por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura de un procedimiento de consulta, queja o reclamación.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas referentes a contratos de seguros y planes de pensiones y a las quejas resueltas durante el año 2012.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN



Del total de los expedientes terminados, 5.820 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 58,43% del total de expedientes resueltos en 2012. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad**, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.365 lo que supone el **40,64%** del total de las reclamaciones.
- Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.579, lo que supone el **27,13%** del total. Si se descompone ese porcentaje, un 16,23% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 10,90% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste.
- El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de **acudir al trámite pericial** del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro asciende a 954, lo que representa el **16,39%** del total de reclamaciones resueltas, porcentaje ligeramente inferior al 17,73% del año anterior. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración por expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el Servicio de Reclamaciones omite un pronunciamiento expreso, informando de la posibilidad de acudir al trámite pericial.
- 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 479 expedientes, lo que supone un **8,23%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

- e) El apartado de “**otras formas de terminación**” recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante y las que terminan por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 417 y suponen el **7,16%** del total de las resueltas, porcentaje ligeramente inferior al del ejercicio precedente.
- f) Por último, las 26 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 **0,45%** del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.

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

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

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

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

2. SEGUROS

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

**CUADRO V.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2012**

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	562	201	30	4	4	0	801
Febrero	671	436	27	9	2	1	1.146
Marzo	759	441	34	10	3	0	1.247
Abril	550	353	31	24	2	0	960
Mayo	500	244	19	11	2	0	776
Junio	509	207	25	6	2	0	749
Julio	501	171	15	2	2	0	691
Agosto	249	354	16	9	1	1	630
Septiembre	549	254	17	3	0	0	823
Octubre	638	247	15	14	2	0	916
Noviembre	519	430	8	16	0	0	973
Diciembre	317	148	18	2	2	1	488
TOTAL 2012	6.324	3.486	255	110	22	3	10.200
TOTAL 2011	5.754	3.252	222	85	18	11	9.342
DIFERENCIA	570	234	33	25	4	-8	858
% VARIACION	9,91	7,20	14,86	29,41	22,22	-72,73	9,18

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2012 clasificados por tipos.

**CUADRO VI.
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2012 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE**

TERRITORIO	NÚMERO	%
Almería	114	7,35
Cádiz	243	15,67
Córdoba	116	7,48
Granada	161	10,38
Huelva	93	6,00
Jaén	106	6,83
Málaga	283	18,25
Sevilla	435	28,05
Andalucía	1.551	15,21

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Huesca	33	12,31
	Teruel	28	10,45
	Zaragoza	207	77,24
Aragón		268	2,63
	Asturias	218	100,00
Asturias		218	2,14
	Illes Balears	164	100,00
Baleares		164	1,61
	Palmas (Las)	191	49,35
	Santa Cruz de Tenerife	196	50,65
Canarias		387	3,79
	Cantabria	155	100,00
Cantabria		155	1,52
	Albacete	66	15,38
	Ciudad Real	114	26,57
	Cuenca	34	7,93
	Guadalajara	78	18,18
	Toledo	137	31,93
Castilla la Mancha		429	4,21
	Ávila	33	5,97
	Burgos	92	16,64
	León	106	19,17
	Palencia	30	5,42
	Salamanca	66	11,93
	Segovia	32	5,79
	Soria	7	1,27
	Valladolid	149	26,94
	Zamora	38	6,87
Castilla y León		553	5,42
	Barcelona	830	77,79
	Girona	84	7,87
	Lleida	49	4,59
	Tarragona	104	9,75
Cataluña		1.067	10,46
	Ceuta	9	100,00
Ceuta		9	0,09
	Alicante	389	34,49
	Castellón	81	7,18
	Valencia	658	58,33
Comunidad Valenciana		1.128	11,06
	Badajoz	142	65,74
	Cáceres	74	34,26
Extremadura		216	2,12

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Coruña, A	243	45,51
	Lugo	62	11,61
	Ourense	36	6,74
	Pontevedra	193	36,14
Galicia		534	5,24
	Madrid	2.608	100,00
Madrid		2.608	25,57
	Melilla	9	100,00
Melilla		9	0,09
	Murcia	288	100,00
Murcia		288	2,82
	Navarra	85	100,00
Navarra		85	0,83
	Álava	66	16,22
	Guipúzcoa	76	18,67
	Vizcaya	265	65,11
País Vasco		407	3,99
	Rioja (La)	72	100,00
Rioja (La)		72	0,71
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		10.148	99,49
TOTAL FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL		52	0,51
TOTAL		10.200	100,00

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

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

**CUADRO VII.
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2012
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2012	% S/TOTAL 2012	TOTAL 2011	% SOBRE TOTAL 2011	DIFERENCIA 2012-2011
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	1.944	30,74	1.914	33,26	30
Enfermedad	907	14,34	759	13,19	148
Vida	778	12,30	666	11,57	112
Vehículos terrestres	663	10,48	658	11,44	5

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2012	% S/TOTAL 2012	TOTAL 2011	% SOBRE TOTAL 2011	DIFERENCIA 2012-2011
Defensa jurídica	525	8,30	494	8,59	31
Perdidas pecuniarias diversas	510	8,06	406	7,06	104
Responsabilidad civil general	320	5,06	257	4,47	63
Accidentes	297	4,70	287	4,99	10
Decesos	239	3,78	193	3,35	46
Asistencia	141	2,23	120	2,09	21
TOTAL	6.324	100,00	5.754	100,00	570

El cuadro VII contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2012.

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

CUADRO VIII.1
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2012
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	211	39,07
Solicitud y proposición	100	18,52
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	44	8,15
Impago de la prima	38	7,04
Declaración del riesgo al firmar el contrato	36	6,67
Modificaciones del contrato	27	5,00
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	17	3,15
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	16	2,96
Seguro de vida. Consentimiento de las partes	12	2,22
Información sobre la póliza	9	1,67
Intereses de demora	5	0,93
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	3	0,56
Seguros colectivos falta de información entre partes	2	0,37
Regulación del beneficiario	2	0,37
Declaración riesgo cuando supera el año de vigencia	2	0,37
Información para plantear reclamación	2	0,37
Otras materias	14	2,59
TOTAL	540	9,62

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	221	75,68
Declaración del riesgo al firmar el contrato	17	5,82
Solicitud y proposición	11	3,77
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	9	3,08
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	7	2,40
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	1,71
Impago de la prima	4	1,37
Prescripción	3	1,03
Seguro de accidentes	2	0,68
Modificaciones del contrato	2	0,68
Capital y sumas aseguradas	2	0,68
Información sobre la póliza	2	0,68
Otras materias	7	2,40
TOTAL	292	5,20

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	391	45,15
Modificaciones del contrato	171	19,75
Declaración del riesgo al firmar el contrato	140	16,17
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	66	7,62
Solicitud y proposición	33	3,81
Impago de la prima	19	2,19
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	7	0,81
Urgencia vital	3	0,35
Prescripción	3	0,35
Declaración del siniestro	3	0,35
Seguros colectivos falta de información entre partes	2	0,23
Declaración riesgo cuando supera el año de vigencia	2	0,23
Agravación y disminución del riesgo	2	0,23
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	2	0,23
Información sobre la póliza	2	0,23
Otras materias	20	2,31
TOTAL	866	15,43

RAMOS 3 Y 10.- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	171	30,76
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	72	12,95
Impago de la prima	63	11,33
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	45	8,09
Seguro de robo	45	8,09

RAMOS 3 Y 10.- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Acción directa frente a la compañía	40	7,19
Modificaciones del contrato	35	6,29
Solicitud y proposición	18	3,24
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	2,52
Seguro obligatorio del automóvil	10	1,80
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	6	1,08
Transmisión objeto asegurado	6	1,08
Agravación y disminución del riesgo	5	0,90
Declaración del riesgo al firmar el contrato	4	0,72
Contenido mínimo del contrato	4	0,72
Intereses de demora	2	0,36
Prescripción	2	0,36
Derecho libre elección de abogado y procurador	2	0,36
Otras materias	12	2,16
TOTAL	556	9,91

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	1.209	63,93
Seguro de robo	218	11,53
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	152	8,04
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	61	3,23
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	58	3,07
Modificaciones del contrato	40	2,12
Infraseguro y sobreseguro	37	1,96
Solicitud y proposición	30	1,59
Impago de la prima	23	1,22
Declaración del riesgo al firmar el contrato	17	0,90
Prescripción	9	0,48
Intereses de demora	5	0,26
Capital y sumas aseguradas	5	0,26
Coaseguro	3	0,16
Transmisión objeto asegurado	3	0,16
Seguro de incendios	3	0,16
Contenido mínimo del contrato	2	0,11
Declaración del siniestro	2	0,11
Información sobre la póliza	2	0,11
Otras materias	12	0,63
TOTAL	1.891	33,70

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
--	-----------	----------

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	93	36,47
Acción directa frente a la compañía	81	31,76
Seguro de responsabilidad civil	30	11,76
Defensa del responsable	26	10,20
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	1,96
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	5	1,96
Modificaciones del contrato	3	1,18
Prescripción	2	0,78
Solicitud y proposición	2	0,78
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	2	0,78
Otras materias	6	2,35
TOTAL	255	4,54

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	320	79,80
Solicitud y proposición	18	4,49
Declaración del riesgo al firmar el contrato	14	3,49
Prescripción	8	2,00
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	8	2,00
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	7	1,75
Modificaciones del contrato	6	1,50
Impago de la prima	6	1,50
Información sobre la póliza	4	1,00
Intereses de demora	3	0,75
Declaración del siniestro	3	0,75
Otras materias	4	1,00
TOTAL	401	7,15

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Derecho libre elección de abogado y procurador	424	98,38
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	6	1,39
Otras materias	1	0,23
TOTAL	431	7,68

RAMO 18 .- ASISTENCIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	124	91,18
Seguro de robo	5	3,68
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	2,94
Otras materias	3	2,21
TOTAL	136	2,42

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	82	33,61
Modificaciones del contrato	60	24,59
Capital y sumas aseguradas	46	18,85
Declaración del riesgo al firmar el contrato	22	9,02
Impago de la prima	13	5,33
Solicitud y proposición	4	1,64
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	3	1,23
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	3	1,23
Otras materias	11	4,51
TOTAL	244	4,35

TODOS LOS RAMOS		
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2012	5.612	100,00

El cuadro VIII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2012, agrupados por ramos. En los casos en que una reclamación afecta a varios asuntos, se ha incluido en el epígrafe que se refiere a la cuestión principal.

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

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

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

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

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

En el año 2012 las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida** vinieron motivadas principalmente por desacuerdos en la aplicación e interpretación de los contratos. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados por las entidades aseguradoras, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje sencillo, transparente y directo, que no pueda dar lugar a equívocos, de forma que el tomador comprenda desde el primer momento todas las características del tipo de contrato que suscribe.

El segundo motivo de reclamación se origina durante el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación de los seguros de vida. Así, los reclamantes se quejan de la deficiente información recibida, e incluso, manifiestan total discordancia entre lo que solicitaron a la entidad aseguradora o la propuesta ofrecida, y lo finalmente contratado. Una adecuada redacción de los contratos no es suficiente en productos complejos de vida, como pueden ser aquéllos en los que el tomador asuma el riesgo de la inversión o seguros cuyo valor esté referenciado al valor de unos activos vinculados, sin un asesoramiento adecuado y profesional del mediador que comercializa el producto. En este sentido, es fundamental incidir en la formación y capacitación de quienes ofrecen en el mercado este tipo de productos.

Las reclamaciones resueltas en el ramo de vida relativas al ejercicio del derecho a oponerse a la prórroga del contrato han supuesto un 8,15% respecto del total.

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

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

En el **ramo de accidentes** el primer motivo de reclamación se debe a divergencias en la aplicación e interpretación de las pólizas suscritas, principalmente por falta de claridad y precisión en la delimitación del riesgo cubierto. El 5,82% de las reclamaciones resueltas en este ramo está relacionado con la declaración del riesgo antes de celebrarse el contrato y un 3,77% tiene que ver con la solicitud y la proposición del contrato y las discrepancias con las condiciones finalmente recogidas en la póliza. Le sigue en importancia el asunto referido a la valoración del siniestro, es decir, aquellas reclamaciones en que las partes no llegan a un acuerdo sobre la determinación del grado de invalidez de acuerdo con el baremo recogido en el condicionado. En este supuesto procede la remisión a las partes al trámite de peritos médicos previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

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

También destacan, como en el ramo de vida, las reclamaciones que tienen su origen en la interpretación del cuestionario de salud y en la aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, debido a la importancia que tiene en este tipo de seguros la declaración del riesgo antes de la entrada en vigor del contrato. La oposición a la prórroga por parte de la entidad aseguradora por razones de edad o de siniestralidad del asegurado, da lugar a un número

importante de reclamaciones. En este tipo de contratos que se comercializan generalmente como seguros de duración anual renovable por periodos sucesivos, cualquiera de las partes puede oponerse a la prórroga, siempre y cuando lo comunique por escrito y con dos meses de antelación al vencimiento del periodo en curso.

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

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, los asuntos más destacados, como en la mayoría de los ramos, son los que tienen que ver con la divergencia en la aplicación e interpretación de las cláusulas del contrato, así como los asuntos relacionados con el ejercicio del derecho a la oposición a la prórroga del contrato y las consecuencias del impago de la prima por el tomador. También destacan los asuntos relacionados con la valoración de los daños, y la cobertura de robo. Además, hay que destacar las reclamaciones que se refieren a la denominada acción directa, esto es, el derecho que reconoce la ley al perjudicado de reclamar directamente frente a la compañía aseguradora del causante del daño.

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

En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** el asunto más destacado es también la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza suscrita, en concreto constituye el 63,93% del total de reclamaciones en estos ramos. Asimismo hay que destacar el elevado número de reclamaciones relacionadas con la garantía de robo. En éstas, las discrepancias están principalmente motivadas por la calificación jurídica del siniestro como robo o hurto, por la valoración de los daños o por la prueba de la preexistencia de los objetos sustraídos. En menor número se plantearon reclamaciones relacionadas con el derecho de oposición a la prórroga del contrato por cualquiera de las partes.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, el 36,47% de los expedientes resueltos versan sobre las discrepancias en la aplicación e interpretación de la póliza, y el origen hay que buscarlo en la falta de claridad en su redacción, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial. El 31,76% se refieren al ejercicio de la acción directa del perjudicado frente a la entidad aseguradora de la responsabilidad civil.

En el **ramo de pérdidas pecuniarias diversas**, el asunto que genera mayor número de reclamaciones es, de nuevo, la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza, que supone el 79,80%. Como se puso de manifiesto en informes anteriores, la mayoría de las reclamaciones de este ramo derivan de la comercialización de pólizas ligadas a préstamos, denominadas "seguro de protección de pagos", que ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato indefinido) y la de incapacidad temporal,

para el resto de trabajadores. En estas pólizas, la causa de las reclamaciones está, principalmente, en que los asegurados creen que están cubiertos frente a las dos contingencias, cuando estas coberturas son alternativas dependiendo de cuál sea la situación laboral del asegurado en el momento del siniestro.

En el **ramo de defensa jurídica** el motivo de reclamación más numeroso es el relacionado con el derecho a la libre designación de abogado y procurador y con el importe de sus honorarios.

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

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

**CUADRO VIII.2
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2012 CLASIFICADAS POR RAMOS
ATENDIENDO A SU FORMA DE TERMINACION**

RAMOS	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
RAMOS 8 Y 9 INCENDIOS Y ELEMENTOS NATURALES / OTROS DAÑOS A LOS BIENES	1.891	193	139	332	17,56	540	28,56	1.019	53,89
RAMO 2 ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	866	129	236	365	42,15	351	40,53	150	17,32
RAMOS 3 Y 10 VEHICULOS TERRESTRES	556	78	80	158	28,42	214	38,49	184	33,09
RAMO 0 VIDA	540	60	108	168	31,11	281	52,04	91	16,85
RAMO 17 DEFENSA JURIDICA	431	35	84	119	27,61	259	60,09	53	12,30
RAMO 16 PERDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	401	62	73	135	33,67	209	52,12	57	14,21
RAMO 1 ACCIDENTES	292	16	44	60	20,55	106	36,30	126	43,15
RAMO 13 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	255	28	36	64	25,10	86	33,73	105	41,18
RAMO 19 DECESOS	244	21	58	79	32,38	147	60,25	18	7,38

RAMOS	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
RAMO 18 ASISTENCIA	136	10	28	38	27,94	63	46,32	35	25,74
TOTAL	5.612	632	886	1.518	27,05	2.256	40,20	1.838	32,75

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

**CUADRO IX.
CONSULTAS RESUELTAS EN 2012 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA**

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	42	16,09
Datos sobre compañías	25	9,58
Seguro de vida. Consentimiento de las partes	23	8,81
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	22	8,43
Información para plantear reclamación	18	6,90
Modificaciones del contrato	14	5,36
Solicitud y proposición	9	3,45
Seguro de responsabilidad civil	9	3,45
Impago de la prima	9	3,45
Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados	9	3,45
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	8	3,07
Seguro obligatorio del automóvil	8	3,07
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	6	2,30
Seguro de accidentes	5	1,92
Derecho libre elección de abogado y procurador	5	1,92
Otros seguros obligatorios	5	1,92
Capital y sumas aseguradas	4	1,53
Declaración del riesgo al firmar el contrato	3	1,15
Acción directa frente a la compañía	3	1,15
Agravación y disminución del riesgo	3	1,15
Art. 21 Ley Contrato de Seguro y Mediadores	2	0,77
Defensa del responsable	2	0,77
Derechos de terceros en la indemnización	2	0,77
Estado de expediente	2	0,77
Otras materias	23	8,81
TOTAL	261	100,00

El cuadro IX ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2012. Los asuntos sobre los que versan las consultas presentan una gran diversidad; no obstante, en el citado cuadro se han agrupado por materias, atendiendo a sus notas comunes, con el objeto de poder realizar un análisis de las cuestiones que suscitan dudas a los ciudadanos en materia de contrato de seguro. Los asuntos que han motivado el mayor número de consultas durante el 2012 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

El apartado sobre la interpretación de la póliza supone un 16,09% del total de asuntos, debido a que la variedad, complejidad y extensión de los condicionados de las pólizas es cada vez mayor. En este sentido, el Servicio de Reclamaciones considera que la comprensión por los clientes de los contratos de seguros se basa en dos pilares fundamentales, la redacción clara y precisa de los condicionados y el correcto asesoramiento por la propias entidades o por los mediadores, tanto previo a la suscripción como durante toda la vida del contrato.

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

El tercer lugar lo ocupan las consultas referidas a los seguros de vida. El origen de éstas está en la complejidad técnica y jurídica y a la gran variedad de contratos, especialmente de vida-ahorro, que se encuentran en el mercado asegurador. En este ramo cabe destacar las preguntas sobre las características de los productos contratados, los derechos del tomador del seguro, la designación del beneficiario, la resolución unilateral del contrato y los seguros asociados a la suscripción de préstamos.

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

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

**CUADRO X.
QUEJAS RESUELTAS EN 2012 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA**

MATERIA	Nº	o/o
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	9	40,91
Seguros de Caución	6	27,27
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	2	9,09
Modificaciones del contrato	2	9,09
Otras materias	3	13,64

TOTAL	22	100,00
--------------	-----------	---------------

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

Las quejas referidas a divergencias en cuanto a interpretación del contrato suponen el 40,91%. El segundo lugar en importancia lo ostentan las quejas referidas a los seguros de caución. Estos seguros tienen la consideración de grandes riesgos, conforme al artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Por tanto, las reclamaciones que versen sobre los mismos, no pueden ser tramitadas por los procedimientos establecidos por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros. Sin embargo, y debido a la importancia social de estos seguros (los seguros de cantidades entregadas por los adquirentes de las futuras viviendas al promotor representan una buena parte de los ahorros de las familias) el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones cuando los ciudadanos no están conformes con la actuación de la entidad aseguradora en relación con los citados seguros, no emite un pronunciamiento sobre la cuestión planteada, pero instruye un procedimiento especial bajo la tipología de “queja” formado por las siguientes actuaciones:

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

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

**CUADRO XI.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2012
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA**

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	5.046	79,79
Entidad extranjera (sucursal)	588	9,30
Mutua	508	8,03
Mutualidad de Previsión Social	101	1,60
Entidad extranjera (LPS)	69	1,09
Agrupaciones	12	0,19
TOTAL	6.324	100,00

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

**CUADRO XII.1
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO
DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2012**

DENOMINACIÓN	TOTAL 2012	TOTAL 2011	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	491	462	29	6,28	0,1348
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	329	296	33	11,15	0,1688
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	306	318	-12	-3,77	0,2304
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	258	277	-19	-6,86	0,1094
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	252	265	-13	-4,91	0,0992
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	224	214	10	4,67	0,1767
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	212	199	13	6,53	0,5064
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	200	148	52	35,14	0,2359
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	199	195	4	2,05	0,0565
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	166	103	63	61,17	0,1412
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	147	144	3	2,08	0,1684
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	140	83	57	68,67	0,0575
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	125	85	40	47,06	0,3742
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	117	143	-26	-18,18	0,0550
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	117	129	-12	-9,30	VER NOTA
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	113	121	-8	-6,61	0,0979
LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	103	70	33	47,14	0,1583
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	102	108	-6	-5,56	0,1359
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	89	84	5	5,95	0,0900

DENOMINACIÓN	TOTAL 2012	TOTAL 2011	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
CHARTIS EUROPE SUC.ESPAÑA CIA.SEGS.RSGS.FRAN	80	38	42	110,53	VER NOTA
FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	78	32	46	143,75	0,1742
AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA	73	84	-11	-13,10	VER NOTA
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	72	73	-1	-1,37	0,3247
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	68	50	18	36,00	0,1411
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	61	53	8	15,09	1,5911
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑIA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	61	65	-4	-6,15	0,5249
ARAG, COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	61	53	8	15,09	0,5754
CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SUC.ESPAÑA	61	46	15	32,61	VER NOTA
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	61	45	16	35,56	0,8471

NOTAS:

- Respecto a las entidades Aga International S.A. Sucursal en España, Cardif Assurances Risques Divers, Sucursal en España, Chartis Europe Sucursal en España Compañía de Seguros y Reaseguros Francesa, Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.
- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2012.

El cuadro XII.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2012. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones iniciadas en el año 2012, el total de reclamaciones iniciadas en el año 2011, la diferencia entre estos valores, la variación experimentada en términos porcentuales y en la última columna del cuadro se hace referencia al ratio de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

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

**CUADRO XII.2
ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DEL NÚMERO DE RECLAMACIONES
INICIADAS EN 2012, EN RELACIÓN CON EL VOLUMEN DE PRIMAS**

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2012	RATIO RECLAMACIONES
LA ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS	61	38.337.293	1,5911

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2012	RATIO RECLAMACIONES
DIVINA PASTORA SEGUROS GENERALES S.A	37	30.209.793	1,2248
ERGO GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS	19	16.046.489	1,1841
EUROPEA DE SEGUROS	51	43.319.853	1,1773
KUTXABANK ASEGURADORA, S.A.U.	61	72.012.677	0,8471
CLICKSEGUROS, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	13	19.176.848	0,6779
UNION DE AUTOMOVILES CLUBS SA DE SEGUROS Y REASEGUROS	29	44.034.571	0,6586
ARAG CIA INT SEGUROS Y REASEGUROS SA	61	106.006.126	0,5754
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	49	86.059.959	0,5694
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY SUCURSAL EN ESPAÑA	61	116.215.914	0,5249
PELAYO MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	212	418.640.271	0,5064
MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA	53	110.670.417	0,4789
MM HOGAR, SAU DE SEGUROS Y REASEGUROS	14	29.482.159	0,4749
UNNIM PROTECCIÓ, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS	13	29.908.657	0,4347
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	15	34.526.344	0,4345
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	125	334.050.036	0,3742
CATALUNYACAIXA ASSEGUANCES GENERALS, SOCIETAT ANONIMA	15	40.954.523	0,3663
HILO DIRECT SEGUROS,S.A.	72	221.772.871	0,3247
LA PREVISION MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A.	12	39.117.135	0,3068
UNION DEL DUERO, CIA. DE SEGUROS GENERALES, S.A.	12	39.547.094	0,3034
ALMUDENA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	22	78.374.332	0,2807
NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	31	117.429.432	0,2640
SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	51	194.174.462	0,2627
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	200	847.761.402	0,2359

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2012	RATIO RECLAMACIONES
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS S.A.	306	1.328.329.022	0,2304

NOTA: Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2012.

El cuadro XII.2 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2012, ordenadas en función del ratio de número de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas.

CUADRO XII.3
ASEGURADORAS CON MAYOR VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS EN 2012 EN
RELACIÓN CON EL NÚMERO DE RECLAMACIONES

DENOMINACIÓN	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2012	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	847.761.402 (19)	200 (8)	0,2359
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS S.A.	1.328.329.022 (10)	306 (3)	0,2304
SANTA LUCIA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.267.659.727 (11)	224 (6)	0,1767
AXA SEGUROS GENERALES, SA	1.948.998.080 (8)	329 (2)	0,1688
OCASO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	873.165.441 (18)	147 (11)	0,1684
LINEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	650.584.510 (22)	103 (17)	0,1583
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	1.175.567.086 (12)	166 (10)	0,1412
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	750.506.739 (20)	102 (18)	0,1359
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.642.696.946 (2)	491 (1)	0,1348
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.357.464.478 (6)	258 (4)	0,1094
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	2.540.146.685 (4)	252 (5)	0,0992
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SSPF	1.154.737.983 (14)	113 (16)	0,0979
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A.	988.512.726 (16)	89 (19)	0,0900
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	634.898.620 (23)	56 (31)	0,0882
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.435.710.345 (5)	140 (12)	0,0575

DENOMINACIÓN	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2012	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS COMPAÑÍA ASEGURADORA S.A.	3.520.014.124 (3)	199 (9)	0,0565
BBVA SEGUROS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.127.799.773 (7)	117 (14)	0,0550
MAPFRE SEGUROS DE EMPRESAS	715.040.901 (21)	32 (45)	0,0448
MAPFRE VIDA, S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.639.486.163 (9)	56 (30)	0,0342
BANSABADELL VIDA, S.A.	551.237.059 (25)	16 (67)	0,0290
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.	939.900.766 (17)	23 (52)	0,0245
IBERCAJA VIDA, CIA.DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U.	1.159.274.015 (13)	19 (60)	0,0164
VIDACAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	5.027.111.814 (1)	36 (42)	0,0072
MAPFRE GLOBAL RISKS S.A.	1.020.537.741 (15)	3 (130)	0,0029

NOTA: Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2012.

El cuadro XII.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 24 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2012. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2012 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 2012. En las columnas de primas devengadas y número de reclamaciones se indica entre paréntesis el orden que ocupa la entidad atendiendo a cada una de las magnitudes.

**CUADRO XIII.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2012 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN**

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	449	53	46	99	22,05	165	36,75	185	41,20
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	322	21	26	47	14,60	134	41,61	141	43,79

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	300	31	38	69	23,00	117	39,00	114	38,00
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	264	35	38	73	27,65	107	40,53	84	31,82
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	239	22	43	65	27,20	93	38,91	81	33,89
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	222	17	16	33	14,86	112	50,45	77	34,68
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	208	13	20	33	15,87	73	35,10	102	49,04
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	175	23	26	49	28,00	60	34,29	66	37,71
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	170	45	8	53	31,18	76	44,71	41	24,12
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	145	23	65	88	60,69	41	28,28	16	11,03
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	144	12	9	21	14,58	68	47,22	55	38,19
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	134	15	27	42	31,34	40	29,85	52	38,81
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	109	17	16	33	30,28	48	44,04	28	25,69
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	105	6	14	20	19,05	20	19,05	65	61,90
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	105	7	5	12	11,43	49	46,67	44	41,90
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	104	4	13	17	16,35	31	29,81	56	53,85

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	95	9	7	16	16,84	41	43,16	38	40,00
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	92	8	19	27	29,35	31	33,70	34	36,96
COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.	67	3	33	36	53,73	17	25,37	14	20,90
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	67	11	14	25	37,31	27	40,30	15	22,39

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 20 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2012 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 20 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2012 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones iniciadas** durante 2012, independientemente de que estos expedientes al término del año 2012 estuviesen resueltos o no.

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

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

3. MEDIACIÓN

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

3.1. Expedientes iniciados durante el año

**CUADRO XIV.
EVOLUCION MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN 2012**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	1	2	3
Febrero	3	5	8
Marzo	9	1	10
Abril	2	3	5
Mayo	3	3	6
Junio	5	0	5
Julio	4	0	4
Agosto	0	4	4
Septiembre	8	3	11
Octubre	6	1	7
Noviembre	6	1	7
Diciembre	2	1	3
TOTAL 2012	49	24	73
TOTAL 2011	62	30	92
DIFERENCIA	-13	-6	-19
% VARIACION	-20,97	-20,00	-20,65

El cuadro anterior ofrece información sobre el número de reclamaciones iniciadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2012 y su variación con respecto al año anterior.

3.2. Motivos de reclamación

**CUADRO XV.
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS EN 2012
CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	41	77,36
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta	6	11,32

Otros motivos	6	11,32
TOTAL	53	100,00

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

**CUADRO XVI. 1
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE
RECLAMACIONES INICIADAS EN 2012**

MEDIADORES	NÚMERO	%
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	14	29,17
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	8	16,67
CBP PROTECCION DE PAGOS CORREDURIA DE SEGUROS, S.L	5	10,42

En este cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones iniciadas durante 2012.

**CUADRO XVI. 2
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2012 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN**

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	21	2		2	9,52	18	85,71	1	4,76
SOCIEDAD DE PREVISION BANCARIA IBERICA, CORREDURÍA DE SEGUROS	5		1	1	20,00	4	80,00		
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	4					3	75,00	1	25,00
NSA AUTOMOVILES ESPAÑOLA, S.A.	4		4	4	100,00				

NOTA: SOCIEDAD DE PREVISION BANCARIA IBERICA, CORREDURÍA DE SEGUROS el 1 de agosto de 2011 se convirtió en agencia de seguros vinculada.

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las cuatro corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas

durante 2012 por el Servicio de Reclamaciones.

4. PLANES DE PENSIONES

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

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

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

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

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

4.1.1. Expedientes iniciados durante el año

**CUADRO XVII.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2012**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	15	12	15	2	44
Febrero	13	10	16	3	42
Marzo	13	17	16	0	46
Abril	16	2	11	1	30
Mayo	21	5	13	0	39
Junio	26	5	21	0	52
Julio	12	7	7	0	26

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Agosto	19	5	10	1	35
Septiembre	20	1	9	0	30
Octubre	24	6	12	2	44
Noviembre	22	7	9	0	38
Diciembre	14	5	15	0	34
TOTAL 2012	215	82	154	9	460
TOTAL 2011	161	60	123	10	354
DIFERENCIA	54	22	31	-1	106
% VARIACION	33,54	36,67	25,20	-10,00	29,94

En este cuadro se recoge el número total de expedientes de reclamación relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual, y consultas sobre planes y fondos de pensiones presentadas por particulares, iniciados durante el año 2012 y clasificados por meses.

En relación con los escritos de reclamación que no resultaron admitidos, cabe señalar que la principal causa de inadmisión fue la no acreditación de la interposición, de forma previa, de la correspondiente reclamación ante el Defensor del Partícipe de los planes de pensiones respectivos. El Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones exige a las entidades promotoras de planes de pensiones individuales, bien directamente o a través de la entidad gestora o depositaria del fondo de pensiones en el que esté integrado el plan de pensiones, que informen adecuadamente a los partícipes, con carácter previo a su adhesión al plan, sobre los datos correspondientes al Defensor del Partícipe del plan de pensiones. Además, en el documento o boletín de adhesión mediante el cual se formaliza la contratación del plan de pensiones, debe informarse, entre otros aspectos, sobre las instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, indicando, en su caso, la denominación y domicilio del citado Defensor.

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

4.1.2 Motivos de reclamación

**CUADRO XVIII.
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2012 CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

ASUNTO	NÚMERO	%
Información, comercialización y publicidad	37	23,87
Supuestos excepcionales de liquidez	30	19,35
Desacuerdo importe derechos consolidados	21	13,55
Cobro prestaciones. Importe, plazos y fiscalidad	19	12,26
Movilización de derechos consolidados	18	11,61
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, jubilación parcial...)	7	4,52
Beneficiarios por fallecimiento	4	2,58
Otros	19	12,26

ASUNTO	NÚMERO	%
TOTAL	155	100

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2012 por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

El principal motivo de reclamación, al igual que en el año anterior, han sido los problemas ocasionados por la información suministrada al partícipe tanto en el momento de la contratación, como el asesoramiento posterior recibido. El segundo motivo se refiere a los supuestos excepcionales de liquidez, siendo el objeto de las reclamaciones en esta materia las discrepancias sobre las condiciones que han de cumplirse para el rescate por estos supuestos, y la documentación que debe entregarse para su acreditación. El tercer motivo destacable por su importancia cuantitativa es el relativo a discrepancias con el valor de los derechos consolidados, su evolución y, en particular, la pérdida de rentabilidad. Le siguen las reclamaciones relativas a discrepancias en cuanto al importe de la prestación, así como al plazo empleado por la entidad para su abono. Por último, continúan teniendo relevancia cuantitativa las reclamaciones que se refieren al plazo para la movilización de derechos consolidados, al destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, las presentadas por beneficiarios por fallecimiento del partícipe y las que afectan a partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social.

1º Información comercial suministrada al partícipe en el momento de su adhesión así como el asesoramiento posterior recibido

Cabe destacar que las reclamaciones por este motivo continúan siendo las más relevantes por su importancia cuantitativa respecto del total de reclamaciones resueltas en 2012. No obstante, se observa una considerable disminución en comparación con los datos del ejercicio 2011. Resultan, por tanto, destacables aquellas reclamaciones en las que se ponen de manifiesto las deficiencias, inexactitudes e incluso ausencia total de información al contratar el plan de pensiones. Así pues, existen casos en los que el reclamante manifiesta haber expresado en el momento de la contratación su deseo de suscribir un plan de pensiones acorde a su perfil de riesgo, generalmente conservador, y, sin embargo, posteriormente observa que la rentabilidad del plan no parece corresponder con las promesas de seguridad recibidas en el momento de la contratación, alejándose de sus expectativas de rentabilidad y riesgo.

Ante estas situaciones, este Servicio de Reclamaciones pone énfasis en la necesidad de suministrar a los potenciales partícipes una información comprensible y transparente sobre las características de estos productos financieros, especialmente sobre su carácter ilíquido y ausencia de garantía de rentabilidad aun cuando el plan invierta exclusivamente en activos de renta fija. De igual forma se insiste en la necesidad de que el partícipe lea detenidamente el boletín de adhesión antes de su firma y solicite una copia de la política de inversión del fondo de pensiones, la cual, en todo caso, ha de estar a disposición de partícipes y beneficiarios, como establece el artículo 101.1.i del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.

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

Por otra parte, merecen atención aquellas reclamaciones en las que se han puesto de manifiesto deficiencias en cuanto a la información proporcionada sobre las condiciones de aplicación y mantenimiento de la garantía financiera contratada. El artículo 77 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones prevé que el partícipe pueda contratar con una entidad

financiera distinta de la entidad gestora, una garantía individualizada referida a la obtención de un determinado valor del derecho consolidado a una fecha determinada. Tales garantías deben formalizarse por escrito, debiéndose entregar al partícipe una copia de las condiciones por las que se rige tal garantía.

2º Supuestos excepcionales de liquidez

Durante el año 2012 se han tramitado 30 reclamaciones relacionadas con los supuestos excepcionales de liquidez, que representan un 19,35% del total de reclamaciones resueltas, frente al 15,34% que representaron en 2011. Se aprecia, por tanto, que la importancia relativa de estas reclamaciones ha aumentado ligeramente respecto del ejercicio anterior, lo que ha supuesto que continúen siendo el segundo motivo más reclamado durante el 2012. Este incremento de las solicitudes de rescate acogiéndose a los supuestos excepcionales de liquidez, debe enmarcarse dentro del actual contexto de crisis económica, lo que ha supuesto que numerosas familias necesiten recurrir al ahorro acumulado en los planes de pensiones.

Los reclamantes suelen referirse a la falta de transparencia en la información que reciben cuando quieren rescatar por esta circunstancia sus derechos consolidados, desconociendo qué requisitos deben cumplir, qué documentación acreditativa de los mismos deben presentar y el plazo en el cual deben hacerse efectivos sus derechos consolidados. Este Servicio de Reclamaciones considera que las entidades deben fomentar la transparencia en la información proporcionada a los partícipes que solicitan el rescate por alguno de estos supuestos. Se debe informar claramente de los requisitos que se deben cumplir, así como indicar en el momento de la solicitud la totalidad de la documentación que debe ser entregada.

En relación al plazo para el abono de los derechos consolidados, cabe señalar que, según se indicó en el Informe de este Servicio de Reclamaciones publicado en 2011, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha considerado que el plazo de 7 días hábiles para el abono de las prestaciones en forma de capital, previsto en el artículo 10.4 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, es aplicable a los supuestos excepcionales de liquidez teniendo en cuenta el principio de aplicación analógica de las normas recogido en el artículo 4.1 del Código Civil, según el cual procederá la aplicación analógica de las normas cuando éstas no contemplen un supuesto específico, pero regulen otro semejante entre los que se aprecie identidad de razón.

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

Con carácter previo, cabe señalar que en el ejercicio anterior fueron publicadas de forma conjunta las reclamaciones resueltas en relación con la pérdida de valor de los derechos consolidados y las relativas a discrepancias sobre el importe de las prestaciones cobradas. En el presente informe, se presentan separadamente las reclamaciones referentes a discrepancias con la evolución del valor de los derechos consolidados y todas aquellas reclamaciones que ponen de manifiesto discrepancias en cuanto a las prestaciones, ya incidan sobre su valoración, forma de cobro o plazo empleado para su abono.

De esta forma, se han tramitado 21 reclamaciones sobre este asunto, que suponen un 13,55% sobre el total. En estas reclamaciones los partícipes alegan desconocimiento en relación con la política de inversión del plan, y reclaman una mayor información sobre el origen y justificación de las pérdidas sufridas. En su resolución se han tenido en cuenta fundamentalmente dos aspectos: de una parte, el cumplimiento por parte de la entidad gestora de sus obligaciones de información previa y periódica a partícipes y beneficiarios; de otra, el cumplimiento de la política de inversión seguida por el fondo de pensiones en el que se integra el plan.

Adicionalmente, se ha advertido que los planes de pensiones de aportación definida (como los de sistema individual) no ofrecen ninguna garantía de rentabilidad, y ello con independencia de cuál sea su política de inversión. En ellos, los derechos consolidados dependen directamente no sólo de las aportaciones, sino también, de los rendimientos de las inversiones en que está

materializado el patrimonio del fondo de pensiones, así como de los gastos y, en su caso, quebrantos que se hayan producido. Los rendimientos de las inversiones del fondo, las variaciones al alza o a la baja del valor de mercado de las inversiones, los gastos (comisiones de gestión y depósito, y otros), se "imputan" a los derechos consolidados de los partícipes individualmente, en función de su participación en el fondo. Por tanto, la valoración de los derechos consolidados de un partícipe lleva implícita la posibilidad de incurrir en pérdidas si resultan rendimientos negativos de las inversiones por situaciones coyunturales de los mercados financieros.

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

En primer lugar, debe advertirse que en el ejercicio anterior fueron publicadas de forma separada las reclamaciones relativas a discrepancias sobre el importe y valoración de las prestaciones, respecto de las reclamaciones que alegaban desacuerdos en la forma y plazos de cobro de aquéllas. En el presente informe, este apartado comprende todas las reclamaciones resueltas en relación con discrepancias sobre el importe, la forma de cobro y los plazos de abono de las prestaciones.

El número de reclamaciones tramitadas sobre este asunto ha sido de 19, lo que representa un 12,26% del total de reclamaciones resueltas. Las principales cuestiones reclamadas se refieren al importe cobrado como prestación, así como a retrasos en su abono, lo que ha ocasionado una pérdida en el valor de los derechos económicos, como consecuencia de la rentabilidad negativa experimentada por el plan.

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

5º Movilización y desacuerdos en la valoración de los derechos consolidados

La mayor parte de las reclamaciones tramitadas durante 2012 relacionadas con la movilización de los derechos consolidados se refieren a los retrasos en la movilización, las diferencias de valoración de los derechos consolidados y la inobservancia por parte de las entidades gestoras de los requisitos formales exigidos por la normativa de planes y fondos de pensiones. Por lo que respecta a los plazos, el artículo 50 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones establece claramente los plazos máximos que han de cumplirse para la movilización de derechos consolidados en planes de pensiones individuales.

En relación con las diferencias de valoración, los partícipes manifiestan su desacuerdo respecto del importe movilizado, considerando en la mayoría de los casos que sus derechos consolidados han disminuido de forma injustificada al realizar la operación de traspaso. En algunos casos, se ha constatado el incumplimiento por parte de las entidades gestoras de los requisitos formales que el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones exige para este tipo de operaciones, como son la cumplimentación de la solicitud de movilización y el boletín de adhesión al plan de destino, ambos debidamente firmados por el partícipe.

6º Jubilados (acaecimiento contingencia, aportaciones posteriores, jubilación parcial...)

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

En virtud de dicha modificación, una persona en situación de jubilación que antes de su acaecimiento ya sea titular de un plan de pensiones, u otro instrumento de previsión social complementaria fiscalmente homogéneo, y que no hubiera iniciado el cobro del plan de pensiones, o instrumento de que se trate, por esta contingencia, podrá "seguir" realizando

aportaciones a dicho instrumento u otro que contrate con posterioridad y solicitar el cobro por jubilación posteriormente.

7º Otros motivos

Por último, merecen atención las reclamaciones presentadas sobre asuntos tales como discrepancias en cuanto los cambios operados en el plan de pensiones (denominación, política de inversión, comisiones); el retraso en el abono de las prestaciones de fallecimiento, fundamentalmente como consecuencia de las dificultades relacionadas con la información a facilitar a la entidad gestora para el cobro, en particular, la documentación que ha de presentarse para determinar la identidad de todos los beneficiarios y justificar su derecho; y por último, las presentadas por partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social en relación con el anticipo de la prestación de jubilación.

4.1.3. Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2012 se han resuelto 143 consultas presentadas por particulares, de las cuales 126 fueron iniciadas en el mismo año, y 17 se iniciaron en 2011. En cuanto a los principales temas que han sido objeto de consulta a este Servicio, destacan las cuestiones relativas al rescate de los derechos consolidados, el destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, las garantías en caso de quiebra de la entidad gestora o depositaria, el embargo de los derechos consolidados y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

4.1.4. Entidades reclamadas

**CUADRO XIX.
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2012**

DENOMINACIÓN DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	% PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL (1)
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	30	14,08%	17,44%
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	25	11,74%	13,93%
CAJA DE MADRID DE PENSIONES S.A., E.G.F.P.	18	8,45%	5,73%
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	18	8,45%	13,75%
ASEGURADORA VALENCIANA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	16	7,51%	2,41%
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U. E.G.F.P	10	4,69%	6,22%
MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	9	4,23%	0,54%
CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.	9	4,23%	1,75%
MAPFRE VIDA PENSIONES, E.G.F.P.	7	3,29%	2,22%
RURAL PENSIONES S.A., E.G.F.P.	7	3,29%	2,17%
TOTAL	149	69,95%	66,16%

1) Fuente: Documentación estadístico contable remitida a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones correspondiente a 31.12.2012.

En este cuadro se establece una clasificación de las diez entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2012.

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

Las dos entidades que encabezan el cuadro de reclamaciones recibidas son las que también se encuentran en las dos primeras posiciones del ranking de entidades que mayor patrimonio gestionan en el sistema individual, de acuerdo con los datos obtenidos a partir de la Documentación estadístico contable que las entidades gestoras deben remitir la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En ambos casos, el porcentaje de reclamaciones presentadas contra esas entidades es inferior a su porcentaje de patrimonio gestionado en el sistema individual.

**CUADRO XX
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2012
Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN**

ENTIDADES	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones favorables al reclamante	Suma	%				
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P. (G0082)	25	2	5	7	28	14	56	4	16
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P. (G0080)	18	6	5	11	61,11	4	22,22	3	16,67
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (G0021)	11	0	3	3	27,27	6	54,55	2	18,18
CAJA DE MADRID DE PENSIONES S.A., E.G.F.P.	7	1	1	2	28,57	4	57,14	1	14,29
MEDITERRÁNEO VIDA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (G0144)	7	1	2	3	42,86	4	57,14	0	0
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U. E.G.F.P (G0088)	6	0	1	1	16,67	5	83,33	0	0
MAPFRE VIDA PENSIONES, E.G.F.P. (G0121)	5	0	1	1	20	4	80	0	0

ASEGURADORA VALENCIANA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (G0070)	4	1	0	1	25	1	25	2	50
---	---	---	---	---	----	---	----	---	----

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 8 entidades con más reclamaciones sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, resueltas durante 2012 por el Servicio de Reclamaciones.

Así pues, este cuadro relaciona las 8 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2012 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior que comprende las entidades con mayor número de **reclamaciones iniciadas** durante 2012, con independencia de que estos expedientes estuvieran resueltos o no al término del año 2012.

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 a pruebas, por acuerdo de las partes y aquéllas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de pago anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

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

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

**CUADRO XXI.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE PLANES DE EMPLEO Y SEGUROS
COLECTIVOS DE EXTERIORIZACIÓN DE COMPROMISOS POR PENSIONES Y
CONSULTAS DE PLANES DE PENSIONES INICIADOS Y RESUELTOS EN 2012**

TIPO	TOTAL INICIADAS	TOTAL RESUELTAS
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	80	49
Consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares	52	50
TOTAL 2012	132	99
TOTAL 2011	88	251
DIFERENCIA	44	-152
% VARIACION	50,00	-60,56

Este cuadro presenta la información relativa a la actividad desarrollada por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones a lo largo del ejercicio de 2012, en materia de reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y consultas realizadas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares.

El total de expedientes **iniciados** en el periodo de referencia se eleva a 132, de los cuales un 60,6% son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones, y un 39,4% se refiere a consultas de planes de pensiones iniciadas a instancia de empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, Administraciones públicas, Comisiones de Control u otras entidades con personalidad jurídica.

Continuando con el desarrollo del cuadro, del análisis de las reclamaciones presentadas destacan, por su volumen, las reclamaciones formuladas por desacuerdos con el importe de la prestación, así como, en menor medida, las relativas a discrepancias en la movilización de derechos consolidados, sin perjuicio de otros asuntos abordados como el rescate por alguno de los supuestos excepcionales de liquidez, la condición de beneficiario por fallecimiento en un seguro colectivo o los derechos en caso de cese o extinción de la relación laboral.

Análogamente, del análisis de los temas más habituales sobre los cuales versan las consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares, destacan, por su volumen e importancia, las relacionadas con la movilización de derechos consolidados en los supuestos de cese o extinción de la relación laboral, el rescate por los supuestos excepcionales de liquidez, el anticipo de la prestación de jubilación a consecuencia de expediente de regulación de empleo, cuestiones sobre el funcionamiento de las comisiones de control, operaciones societarias e impago de contribuciones por promotores de planes de empleo.

En total, durante el año 2012 se **resolvieron** 99 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2012 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 49 son reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones, y 50 son consultas que fueron formuladas por empresas, entidades gestoras, Administraciones públicas, Comisiones de Control, etc.

Por último, en este análisis es necesario precisar el motivo de la importante disminución en el número de expedientes resueltos con respecto al ejercicio 2011. En el año 2011 fueron resueltos 251 expedientes, de los cuales 145 eran reclamaciones iniciadas en 2010, de igual contenido y referidas a un mismo plan de pensiones de empleo, y relativas a discrepancias con la gestión de inversiones llevada a cabo por la gestora del fondo de pensiones en el que está integrado el plan. Esas 145 reclamaciones de igual contenido acumuladas en el año 2010 fueron resueltas en el 2011.

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

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

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

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

**CUADRO XXII.
QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN
2012**

	NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES INICIADAS				NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES RESUELTAS			
	SAC (a)	DEFENSOR		TOTAL (a+c)	ESTIMADAS	DESESTIMADAS	OTROS	TOTAL
		PROCEDENTES SAC (b)	RECIBIDAS DIRECTAS (c)					
TOTAL GENERAL	84.425	2.643	11.691	96.116	34.953	46.979	10.568	92.500

El cuadro anterior contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2012.

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 2012, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:
 - a) Datos relativos a las quejas y reclamaciones presentadas por los ciudadanos ante los departamentos o servicios de atención al cliente.
 - b) Datos referentes a quejas y reclamaciones recibidas por los defensores del cliente que previamente hayan sido tramitadas por los departamentos o servicios de atención al cliente de la entidad, como primera instancia.

c) Datos relativos a quejas y reclamaciones presentadas ante 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 2012 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2012 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2012 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 96.116.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2012 ha sido de 92.500, de las cuales un 37,79% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora a las pretensiones del reclamante, un 50,79% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 11,42% de las reclamaciones la entidad no emitió pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado por diferentes causas (desistimiento del reclamante, firma de un finiquito, tribunales, trámite pericial).

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

COMPAÑÍA	TOTAL DEC	TOTAL INFORME	% PRESENTACIÓN
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	344	199	57,85
LA ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS	182	61	33,52
BILBAO, COMPAÑÍA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	318	68	21,38
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA DE COMPAÑÍA ESTADOUNIDENSE DE SEGUROS DE VIDA	316	61	19,30
ARAG, COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	325	61	18,77
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	625	117	18,72
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	705	125	17,73
FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	704	78	11,08
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.704	258	9,54
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	670	61	9,10

COMPAÑÍA	TOTAL DEC	TOTAL INFORME	% PRESENTACIÓN
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	3.036	252	8,30
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.296	103	7,95
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.486	113	7,60
MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	7.152	491	6,87
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	1.560	102	6,54
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.362	89	6,53
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	5.037	306	6,08
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.864	200	5,18
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	2.955	147	4,97
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	7.333	329	4,49
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	6.289	224	3,56
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	2.076	72	3,47
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	4.805	166	3,45
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	7.034	212	3,01
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	8.971	140	1,56
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	-	117	VER NOTA
CHARTIS EUROPE SUC.ESPAÑA CIA.SEGS.RSGS.FRAN	-	80	VER NOTA
AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA	-	73	VER NOTA

COMPAÑÍA	TOTAL DEC	TOTAL INFORME	% PRESENTACIÓN
CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SUC.ESPAÑA	-	61	VER NOTA

NOTA: Respecto a las entidades *Aga International S.A. Sucursal en España* y *Zurich Insurance PLC, Sucursal en España*, *Chartis Europe Sucursal en España* y *Cardif Assurances Risques Divers Sucursal en España* no se reflejan los datos, ya que al ser sucursales de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El cuadro anterior ofrece información sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos y servicios de atención del cliente y los defensores del cliente de las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones de seguros iniciadas ante el Servicio de Reclamaciones durante 2012, ordenadas en función del porcentaje de quejas y reclamaciones recibidas por los servicios de atención al cliente y defensores del cliente que posteriormente se presentan como reclamaciones de seguros en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS

Al igual que en años anteriores en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones, durante el año 2012, 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 2012 de nuevo se destaca la importancia que tiene el cumplimiento de las obligaciones de información previa a la contratación y de entrega de la póliza para que los asegurados tengan un conocimiento completo sobre el alcance y contenido del contrato suscrito, así como la necesaria transparencia en la actuación de las entidades en la relación con sus clientes, en especial en todo lo relacionado con la justificación de los importes ofrecidos en concepto de indemnización.

Con la finalidad de facilitar el conocimiento de los supuestos concretos publicados por el Servicio de Reclamaciones cada año, a continuación se ofrece una relación de cuadros con la totalidad de casos incluidos tanto en este informe del año 2012, como en informes de años anteriores.

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

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

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

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2005

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">15. Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2006

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none">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.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
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2007

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none">1. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico.2. Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles.3. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.4. Falta de defensa de los intereses del reclamante.5. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.6. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.7. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.8. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.9. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.10. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.11. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.12. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.13. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.14. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">17. Denegación del siniestro por un corredor.18. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none">19. Falta de información relativa al producto contratado.20. Comercialización de un seguro de protección de pagos 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.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2008

SEGUROS
Seguros de daños. <ol style="list-style-type: none">1. Interpretación de la cláusula de robo de un seguro combinado de comercios.2. Imposición del resultado de un procedimiento arbitral a un asegurado que no es parte en el mismo.3. Conflicto de intereses en un seguro de responsabilidad civil.4. Denegación de la cobertura de daños estéticos.5. Exigencia de la franquicia con posterioridad a la firma de un finiquito.6. Sobreseguro en operaciones de financiación.
Seguros de personas. <ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">21. Asistencia y asesoramiento inadecuado en la tramitación de un siniestro.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none">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.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2009

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

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2010

SEGUROS
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 17. Rehúse del siniestro por el corredor de seguros. 18. Contratación de un seguro sin consentimiento del tomador.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"> 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.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2011

SEGUROS
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none">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 <ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none">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.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2012

SEGUROS
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none">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.
Seguros de daños <ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">10. Incumplimiento del deber de prestar asistencia y asesoramiento.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none">11. Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.12. Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.13. Movilización realizada sin consentimiento del titular.

1. Seguros

TIPO SEGURO:
Enfermedad.

ENTIDAD RECLAMADA:
American Life Insurance Company, sucursal en España de compañía estadounidense de seguros de vida.

ASUNTO:
La compañía, basándose en una enfermedad preexistente, rechazaba el pago de la indemnización porque consideraba que el siniestro estaba excluido de acuerdo con las condiciones de la póliza.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la cláusula alegada por la entidad para denegar el pago era contraria al artículo 10 de la LCS.

CONCLUSIÓN:
La entidad, para poder rechazar un siniestro por enfermedad preexistente, debe acreditar tanto el sometimiento al tomador a cuestionario previo de salud, como una inexactitud concreta en su contenido.

1/2012. Rechazo del pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad preexistente.

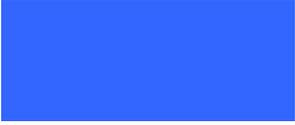
La reclamante, titular de un seguro de protección de pagos de su tarjeta, denunciaba que la entidad aseguradora había denegado el pago de la garantía por incapacidad absoluta alegando que derivaba de una enfermedad preexistente. Manifestaba que había contratado el seguro telefónicamente, cuando estaba en activo con una minusvalía parcial.

La entidad aseguradora alegaba que la contratación del seguro se había realizado de forma telefónica y que la asegurada había sido informada de que disponía de un plazo de 30 días para desistir de la contratación. El artículo 4 de las condiciones especiales de la cobertura de invalidez permanente absoluta establecía que no se encontraban cubiertas las incapacidades originadas por accidentes ocurridos o enfermedades contraídas o iniciadas antes de la entrada en vigor de la póliza. La entidad consideraba que de la documentación médica remitida por la reclamante se desprendía que la enfermedad que había ocasionado su situación de invalidez ya se encontraba diagnosticada con anterioridad a la contratación del seguro y por tanto, de acuerdo con las condiciones, quedaba excluida de cobertura.

El **artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro**, impone al tomador del seguro el deber de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, quedando exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndole, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. El asegurador puede, en caso de inexactitud, rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde que tuvo conocimiento. No obstante, si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración anterior, la prestación se reduce proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Por otra parte **el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro**, regula la mora del asegurador en los siguientes términos: *“Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro”*.

La entidad aseguradora remitió al Servicio de Reclamaciones de la Dirección general de Seguros y Planes de Pensiones una copia de la conversación telefónica durante la cual se procedió a la contratación del seguro, en la que únicamente se preguntó a la asegurada si se había encontrado en situación de incapacidad temporal durante más de 30 días durante el año anterior, sin que se le hiciera ninguna pregunta relativa a la enfermedad padecida en ese momento por la asegurada. Por tanto, en aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, el Servicio de Reclamaciones consideró que la

 entidad debía proceder al abono de la indemnización reclamada, con los correspondientes intereses por mora, indicando que la cláusula de la póliza alegada por la entidad, era contraria al artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:
Enfermedad.

ENTIDAD RECLAMADA:
Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores y Químicos Mutualidad de Previsión Social a prima fija.

ASUNTO:
El reclamante solicitaba el inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal desde el día en que ésta se había producido, independientemente de la fecha en que había sido comunicada a la entidad.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que, tanto la actuación de la entidad, como el Reglamento de Prestaciones eran contrarios a lo dispuesto en el artículo 16 de la LCS.

CONCLUSIÓN:
El siniestro se produce cuando se materializa el riesgo cubierto en el contrato, independientemente de la fecha en que se solicite la prestación a la entidad.

2/2012. Inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal.

El reclamante solicitaba el pago de la prestación por incapacidad temporal desde la fecha en que se había iniciado la baja laboral (24 de marzo de 2010). Manifestaba que había comunicado el siniestro telefónicamente a la entidad aseguradora el 31 de marzo, dentro del plazo de 7 días previsto; sin embargo, la entidad había abonado la prestación considerando erróneamente como fecha del siniestro, el 8 de abril de 2010, ahorrándose 15 días de la prestación contratada.

La entidad aseguradora alegaba que había sido el 8 de abril la fecha en que el reclamante manifestara por primera vez su intención de solicitar la prestación de incapacidad temporal acompañando la información médica requerida en el reglamento prestacional. Fundamentaba sus alegaciones en los artículos XXII y XXIX del Reglamento del Sistema Prestacional de Arquitectos Superiores y Químicos.

El párrafo primero del **artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro** dispone que *“El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.”*

El **artículo 16 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro** establece que *“El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.*

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave”.

En el Reglamento de Prestaciones de la Mutualidad reclamada, el artículo XXII estipula que *“La cobertura de Incapacidad Temporal del presente Reglamento se define como un seguro por el que el Asegurado tendrá derecho a que el Asegurador le garantice las indemnizaciones previstas, en el supuesto de que devenga impedido para el desarrollo de todas y cada una de las actividades propias de su profesión, por causa de enfermedad o accidente”.* Por su parte, el artículo XXIX recoge que *“Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a indemnización, de acuerdo con las garantías del Reglamento, el Tomador deberá comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días tal como previene el artículo 16 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.*

De recibirse la declaración de siniestro transcurrido este plazo máximo de 7 días, el Asegurado comenzará a devengar la indemnización diaria desde la fecha en que haya recibido la comunicación el Asegurador

con reducción, en su caso, de la franquicia que corresponda”.

El Servicio de Reclamaciones indicó en su informe que el artículo 16 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro únicamente permite a la entidad aseguradora, en caso de que el siniestro se comunique pasado el plazo de 7 días, reclamar los daños y perjuicios que, en su caso, le cause su declaración tardía, pero en ningún caso le permite reducir la indemnización.

El reclamante aportaba copia de la baja de la seguridad social en la que constaba como fecha de inicio el 24/03/2010, por lo que, el Servicio de Reclamaciones consideró que, independientemente de cuándo se produjese la comunicación del siniestro por parte del asegurado, la entidad aseguradora debía utilizar esa fecha para el inicio y el cálculo de la prestación por la incapacidad temporal, en aplicación de los artículos 16 y 18 de la Ley 50/1980.

TIPO SEGURO:

Asistencia sanitaria.

ENTIDAD RECLAMADA:

Divina Pastora, Seguros Generales, S.A.

ASUNTO:

El reclamante solicitaba la cobertura de una intervención quirúrgica a través de técnica de radiofrecuencia.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones requirió a la entidad para que justificara la exclusión alegada.

CONCLUSIÓN:

Las pólizas de asistencia sanitaria deben especificar claramente la forma en que se van a ir incluyendo en la pólizas, las técnicas o tratamientos que no existían a la fecha de la contratación.

3/2012. Rechazo de cobertura de intervención quirúrgica por aplicación de nuevas técnicas.

El reclamante solicitaba la cobertura de una intervención quirúrgica de cornetes realizada a través de técnica de radiofrecuencia, denegada por la entidad por tratarse de una nueva técnica.

La compañía manifestaba que la intervención a través de la técnica reclamada se había ido imponiendo en los últimos ocho o diez años; sin embargo, la póliza de referencia tenía una antigüedad de 34 años, por lo que en esa época no pudo ni incluirse ni excluirse su cobertura. Conforme a lo establecido en el apartado g de riesgos excluidos, de las condiciones generales de la póliza, *“quedan excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente”*. Igualmente en el apartado correspondiente al objeto del seguro, riesgos cubiertos, se dispone que *“todo aquello que no se encuentre incluido, queda excluido de cobertura”*. Por todo lo anterior, la entidad consideraba fundamentado su rechazo.

En la póliza aportada por el reclamante constaba un anexo de actualización para 2011, por lo que la misma se encontraba totalmente actualizada. El apartado de la póliza denominado *“3. Especialidades médicas y quirúrgicas”* incluía la cirugía oral y maxilofacial, sin especificar a través de qué técnicas debía de realizarse.

El Servicio de Reclamaciones consideró que dado que la póliza estaba actualizada a 2011 y que incluía expresamente la cirugía maxilofacial, sin especificar a través de qué técnicas debía realizarse, la exclusión citada por la entidad de que *“todo aquello que no se encuentre incluido, queda excluido de cobertura”*, debía entenderse a la clase de cirugía, la maxilofacial, pero no a las técnicas utilizadas, pues lo contrario llevaría al absurdo de no poder realizar la operación a través de ninguna técnica.

En cuanto a la otra exclusión alegada por la entidad y recogida en la letra g riesgos excluidos, el Servicio de Reclamaciones estimó que para poder aplicarse, la entidad aseguradora debía acreditar que la seguridad y eficacia clínica de la operación a través de la técnica solicitada por el reclamante no estaba debidamente contrastada científicamente, o había quedado manifiestamente superada por otras técnicas disponibles.

TIPO SEGURO:
Vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
Lighthouse General
Insurance Company Ltd
(Gibraltar).

ASUNTO:
La entidad rechazaba el pago de la indemnización por fallecimiento alegando que el asegurado padecía enfermedades graves previas a la contratación.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 18 de la LCS.

CONCLUSIÓN:
El rechazo de la prestación por enfermedades previas a la contratación debe fundamentarse siempre en el régimen de los artículos 10 y 89 de la LCS.

4/2011. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud.

La reclamante exponía que su esposo, fallecido el día 31 de marzo de 2011, era titular de una póliza de seguro de vida. De acuerdo con lo previsto en la póliza, había solicitado la prestación por el importe del saldo pendiente de amortizar y la compañía aseguradora había rehusado el pago del siniestro.

La entidad aseguradora alegaba que el esposo de la reclamante había contratado un seguro de protección de pagos, con fecha 25 de octubre de 2007, vinculado a un contrato de préstamo para la financiación de un vehículo. Tras el siniestro, una vez recibida la documentación médica habían comprobado que el asegurado presentaba enfermedades graves, previas a la formalización de la póliza, que hubiesen provocado la no pertenencia al grupo asegurable. Por lo anterior y excepcionalmente, habían acordado abonar el importe de la prima única pagada por el asegurado, por considerar que el contrato era nulo, al haberse producido la contingencia conforme al artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro.

El artículo 10 de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, establece lo siguiente: *“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

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

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

Para el caso de los seguros de vida el **artículo 89**, dispone que *“En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo”.*

En la documentación aportada al expediente no se acreditaba que la entidad aseguradora hubiese sometido al asegurado a ningún cuestionario de salud. Por tanto, había quedado exonerado del deber de declarar el riesgo tal y como determina el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

El artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro, establece que *“El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de*

las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por el conocidas”.

Por todo lo anterior, el Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de la Ley, porque la entidad no fundamentaba en un cuestionario de salud su negativa al pago de la indemnización.

TIPO SEGURO:

Perdidas pecuniarias (desempleo).

ENTIDAD RECLAMADA:

Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:

La entidad denegaba el pago de la prestación porque consideraba que el asegurado no cumplía los requisitos previstos en las condiciones para tener derecho al cobro porque estaba en situación de incapacidad temporal cuando fue despedido.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones estimó que la prestación por incapacidad temporal que percibía el reclamante, una vez producido el despido, equivalía a la prestación por desempleo del INEM requerida en la póliza para tener derecho al cobro.

CONCLUSIÓN:

Las cláusulas que condicionan el cobro de la indemnización por desempleo al hecho de que el asegurado perciba o tenga derecho a percibir una prestación de desempleo de carácter público, deben interpretarse de acuerdo con la finalidad del seguro y la totalidad del condicionado, de forma que en ningún caso su aplicación produzca la desnaturalización del seguro.

5/2012. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.

El reclamante solicitaba el pago de la prestación de desempleo prevista en la póliza desde el día en que había sido despedido (6 de julio de 2010), al día en que había sido contratado por otra empresa (29 de noviembre de 2010).

La entidad denegaba el pago porque para tener derecho, de acuerdo con lo previsto en la póliza, era requisito imprescindible percibir la prestación por desempleo en el nivel contributivo del INEM, y por el tiempo en que la hubiera estado percibiendo. El asegurado no había recibido esta prestación porque cuando fue despedido estaba de baja por incapacidad temporal y continuó en dicha situación hasta la fecha en que encontró un nuevo trabajo.

La entidad fundamentaba sus alegaciones además de en las cláusulas de la póliza, en el artículo 222 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

El artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro dispone que *“El contrato de seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”*.

El apartado 2.11 de las Condiciones Especiales del Seguro, al referirse a la Prestación de Desempleo, establecía que *“Se encuentran cubiertos únicamente los asegurados que mantengan una actividad laboral con contrato laboral indefinido... que conforme a la legislación vigente en cada momento otorgue la protección de la prestación de desempleo de nivel contributivo por parte del INEM... En cualquier caso, es imprescindible para cobrar la indemnización, que el asegurado tenga derecho a la prestación por desempleo de nivel contributivo del INEM...”*.

El artículo 222 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social determina que *“Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y durante la misma se extinga su contrato, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo en el supuesto de que la extinción se haya producido por alguna de las causas previstas en el apartado 1 del artículo 208 y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la prestación por desempleo contributivo que le corresponda de haberse iniciado la percepción de la misma en la fecha de extinción del contrato de trabajo, o el subsidio por desempleo. En tal caso, se descontará del período de percepción de la prestación por desempleo, como ya consumido, el tiempo que hubiera permanecido en la situación de incapacidad temporal a partir de la fecha de la extinción del contrato de trabajo.*

La entidad gestora de las prestaciones por desempleo efectuará las cotizaciones a la Seguridad Social conforme a lo previsto en el párrafo b del apartado 1 del artículo 206, asumiendo en este caso la aportación que corresponde al trabajador en su totalidad por todo el período que se descuente como consumido, incluso cuando no se

haya solicitado la prestación por desempleo y sin solución de continuidad se pase a una situación de incapacidad permanente o jubilación, o se produzca el fallecimiento del trabajador que dé derecho a prestaciones de muerte y supervivencia.

Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal, en cuantía igual a la que tuviera reconocida, hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces, en su caso, a la situación legal de desempleo en el supuesto de que la extinción se haya producido por alguna de las causas previstas en el apartado 1 del artículo 208, y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la correspondiente prestación por desempleo sin que, en este caso, proceda descontar del período de percepción de la misma el tiempo que hubiera permanecido en situación de incapacidad temporal tras la extinción del contrato, o el subsidio por desempleo”.

De acuerdo con lo dispuesto en este artículo, cuando se produzca el despido, estando el trabajador en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, la prestación pública por incapacidad temporal varía, igualándose en su cuantía a la prestación por desempleo y cotizándose a la seguridad social de igual forma que en la prestación por desempleo de carácter contributivo. Además, el tiempo que el trabajador perciba la prestación por incapacidad temporal desde la fecha en que se produce el despido, consume el período de la prestación de desempleo que le corresponda, pudiendo llegar incluso a consumirla en su totalidad.

A la vista de lo anteriormente expuesto, la prestación denominada por la seguridad social como “*prestación por incapacidad temporal*” tiene las mismas características cuantitativas y de cotización que la prestación por desempleo, por lo que el Servicio de Reclamaciones consideró que, a los únicos efectos de interpretación del contrato de seguro, esta prestación equivaldría a la prestación pública por desempleo, por lo que se cumplían los requisitos previstos en la póliza para tener derecho al cobro de la indemnización desde el momento en que fue despedido.

TIPO SEGURO:

Pérdidas pecuniarias diversas (Desempleo/Incapacidad temporal).

ENTIDAD RECLAMADA:

American Life Insurance Company, sucursal en España de compañía estadounidense de seguros de vida.

ASUNTO:

Requisitos de oposición a la prórroga.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad no había cumplido con lo dispuesto en la póliza al oponerse a la prórroga anual del contrato.

CONCLUSIÓN:

Las cláusulas de las pólizas pueden mejorar el régimen general previsto en la LCS.

6/2012. Oposición a la prórroga.

La reclamante solicitaba que el Servicio de Reclamaciones se pronunciase sobre si la cancelación unilateral del seguro por parte de la aseguradora se había ajustado a derecho y sobre si, en caso de que la cancelación unilateral no estuviese fundamentada, la entidad estaba obligada a cubrir su situación de desempleo y, en ese caso el contrato debía continuar vigente.

La entidad justificaba su oposición a la prórroga en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro y en el artículo 4.3 de las condiciones generales de la póliza.

El artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro dispone que *“El contrato de seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”*.

El artículo 2 establece que los preceptos de esta norma tienen carácter imperativo *“a no ser que en ellos se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado”*.

El artículo 22 recoge que *“Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso”*.

Por su parte, el artículo 4.3 de las Condiciones Generales de la póliza establecía que *“ Esta póliza de seguro se contrata por duración anual, entendiéndose prorrogada automáticamente a su vencimiento por períodos anuales sucesivos, salvo oposición por escrito del Tomador del seguro o negativa del mismo a aceptar, en su caso, la actualización de la prima para la siguiente anualidad propuesta por el Asegurador por aplicación de las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de esta póliza o por agravación del riesgo, en cuyo caso el Asegurador podrá oponerse a la prórroga del contrato con una antelación no inferior a 2 meses hasta la conclusión del período de seguro en curso”*.

Si bien el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro faculta a las partes a oponerse a la prórroga del seguro siempre que éstas comuniquen su intención a la otra parte con una antelación de dos meses a la fecha de conclusión del período en curso, el artículo 4.3 de la póliza, al regular esta cuestión, no daba un tratamiento similar a las partes. En tanto al reclamante le reconocía la facultad de oposición a la prórroga sin necesidad de alegar un motivo o causa concreta, a la entidad únicamente le concedía tal facultad en dos supuestos: en caso de que el tomador no aceptase la actualización de prima para el período siguiente y en el caso de agravación del riesgo. En este supuesto la cláusula contractual resultaba más beneficiosa para el asegurado que la norma contenida en un precepto imperativo de la Ley de Contrato de Seguro.

Dado que el artículo 2 de la Ley de Contrato de Seguro declara expresamente la validez de las cláusulas contractuales que sean más

A solid red rectangular area on the left side of the page, partially overlapping the text.

beneficiosas para el asegurado, el Servicio de Reclamaciones estimó que la entidad únicamente podía oponerse a la prórroga del contrato en los supuestos previstos en las Condiciones Generales de la póliza. La documentación aportada no acreditaba que se hubiese producido una agravación del riesgo por lo que la oposición a la prórroga del contrato instada por la aseguradora no se ajustaba a lo pactado. Por tanto, este Servicio consideró que la reclamante tenía derecho a que se le cubriesen los riesgos acaecidos con posterioridad a la fecha en que la entidad había tomado su decisión unilateral de oponerse a la prórroga del contrato. Lo anterior en la medida que la reclamante pudiese acreditar el cumplimiento de todos los requisitos que la póliza contemplaba para tener derecho a percibir la indemnización por desempleo.

TIPO SEGURO:

Seguro de automóvil.

ENTIDAD RECLAMADA:

Admiral Insurance
Company sucursal en
España.

ASUNTO:

La entidad, a través de su
mediador, cobraba a su
asegurado un importe por
haber prestado un servicio
de asesoramiento.

INFORME FINAL:

El Servicio de
Reclamaciones estimó que
no procedía cobrar dicho
importe puesto que el
ejercicio del derecho de
desistimiento no permite
penalización alguna.

CONCLUSIÓN:

Cuando el asegurado
ejerce el derecho de
desistimiento las entidades
no pueden aplicarle
penalización alguna.

7/2012. Gastos por desistimiento en la contratación a distancia.

La reclamante había contratado telefónicamente el seguro obligatorio del automóvil. Posteriormente, ejerció su derecho de desistimiento, cobrándole la entidad parte de la prima abonada.

La entidad manifestaba que se trataba de dos relaciones jurídicas diferentes. Por un lado estaba la relación jurídica entre el tomador y el asegurador, con la intervención de un agente o mediador, que se regía por las disposiciones de la Ley de Contrato de Seguro, y en virtud de la cual, se procedió a la resolución unilateral solicitada por la tomadora del seguro, sin ningún tipo de penalización, reintegrando la parte de prima del seguro cobrada en su momento correspondiente al seguro obligatorio. Por otro lado estaba la relación contractual entre el tomador y el mediador, para la prestación por parte de éste de un servicio de asistencia distinto de la función meramente distribuidora de seguros. Alegaba que Balumba, como mediador de sus seguros, no repercute ningún gasto adicional al cliente cuando ejerce la actividad propia de la mediación. No obstante ofrece a sus clientes un servicio adicional de asistencia, servicio que es contratado y ofrecido de manera independiente. La entidad alegaba que en el momento de la propuesta y subsiguiente contratación de la póliza por el reclamante, se le comunicaron expresamente los servicios adicionales prestados por Balumba, sus características y los gastos que originarían en caso de su aceptación.

El artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores establece que *“el consumidor dispondrá de un plazo de catorce días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna.”* El artículo 4 de la misma ley incluye en su ámbito material la actividad de mediación de seguros.

El Servicio de Reclamaciones consideró que los servicios prestados por Balumba se prestaban en el marco de la actividad de mediación de seguros, por lo tanto no podía la entidad aplicar penalización alguna al desistir el tomador del contrato.

TIPO SEGURO:

Responsabilidad civil profesional.

ENTIDAD RECLAMADA:

MUSAAT Mutua de Seguros a Prima Fija.

ASUNTO:

La entidad no se hizo cargo de la prestación por considerar que la reclamación no se había presentado durante el período de vigencia de la póliza.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 18 de la LCS.

CONCLUSIÓN:

En los seguros de responsabilidad civil no puede interpretarse el concepto de reclamación de una manera más restrictiva que lo previsto en la Ley.

8/2012. Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro.

El reclamante exponía que en el mes de octubre de 2010, la entidad reclamada le había comunicado su decisión unilateral de desistir del contrato suscrito con fecha de vencimiento el 31 de diciembre 2010. Posteriormente, con fecha 10 de febrero de 2011 recibió en su domicilio una demanda judicial en relación con unos hechos de los que ya había sido informado por la demandante en diciembre de 2010 y que ya se había encargado de adelantar a MUSAAT. Por su parte, la cédula de emplazamiento y el auto judicial correspondiente se remontaban al mes de noviembre de 2010.

La entidad, respecto al rehúse de la reclamación judicial formulada contra el asegurado, se remitía al artículo 13º de las condiciones especiales de la póliza suscrita, referido al ámbito de delimitación temporal de la cobertura del seguro. Ahí se establecía el denominado 'sistema de cobertura retroactiva', garantizando las reclamaciones que se formularan al asegurado durante la vigencia de la póliza, con independencia de cuándo hubiese desarrollado la actividad profesional y cuándo se manifestasen los daños. Alegaba asimismo que el emplazamiento y notificación de la reclamación judicial había tenido lugar el 10 de febrero de 2011. Por todo ello, entendía la aseguradora que la reclamación no se había producido durante la vigencia de la póliza.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que al citarse en el auto del Juzgado que, por escrito de 9 de diciembre de 2009, la representación del demandado había solicitado la intervención del asegurado, dentro del periodo de vigencia de la póliza, tenía que considerarse cubierto el siniestro.

TIPO SEGURO:

Seguro obligatorio de automóvil.

ENTIDAD RECLAMADA:

Allianz, compañía de seguros y reaseguros.

ASUNTO:

Asegurado resulta perjudicado en un accidente de circulación.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones concluyó que se había producido una mala tramitación del siniestro al no tener en cuenta la condición de perjudicado del asegurado.

CONCLUSIÓN:

En caso de que el asegurado, resulte perjudicado en un accidente de circulación, las entidades aseguradoras deben ofrecer un asesoramiento profesional y adecuado a las necesidades de sus clientes en relación con su condición de perjudicado.

9/2012. Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.

El reclamante alegaba que había resultado perjudicado en un accidente de circulación y no estaba conforme con el importe de la indemnización ofrecido por su propia aseguradora.

La entidad aseguradora manifestaba que el asegurado había sufrido un siniestro en el que el vehículo asegurado había sido declarado siniestro total, declarándose culpable el conductor contrario. Asimismo, señalaba que había informado al tomador de la valoración del perito, que había declarado el vehículo siniestro total. En la misma comunicación se le hacía una oferta de indemnización que, más tarde, fue aceptada por su asegurado y posteriormente abonada a través de domiciliación bancaria.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, al no estar el perjudicado conforme con la cuantía de la indemnización recibida, la cobertura que resultaba de aplicación era la de "Reclamación de daños" frente a la entidad obligada a indemnizar, que era la aseguradora del vehículo contrario. En consecuencia la indemnización debía alcanzar la totalidad de los daños y perjuicios causados de acuerdo con 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, por lo que Allianz, ante la disconformidad de su asegurado con el importe de la indemnización, debería haber ofrecido la prestación de la cobertura de reclamación de daños frente a la aseguradora del responsable.

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de anulación de viaje.

ENTIDAD RECLAMADA:

Intermundial XXI, S.L.

ASUNTO:

Deber de prestar asistencia y asesoramiento.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones estimó que existía un incumplimiento por parte del mediador del deber de asistir y asesorar al asegurado al no resultar acreditada la contestación a la consulta realizada por este último

CONCLUSIÓN:

Una de las obligaciones fundamentales de la mediación es el asesoramiento durante la vigencia del contrato de seguros intermediado.

10/2012. Incumplimiento del deber de prestar asistencia y asesoramiento.

El reclamante, que había contratado un vuelo entre Madrid y Japón, manifestaba que inicialmente el viaje iba a realizarse en el mes de julio de 2011, si bien acabó posponiéndolo hasta diciembre. En virtud de lo anterior, el reclamante declaraba haber remitido un correo electrónico a INTERMUNDIAL XXI con fecha 10 de junio de 2011, en el cual preguntaba expresamente si el seguro de anulación contratado amparaba el cambio de fecha para el citado vuelo. El reclamante señalaba que no había recibido respuesta alguna a dicha consulta. Finalmente no viajó en diciembre y solicitó la cobertura, obteniendo por respuesta que eso no era posible porque la póliza ya no estaba vigente.

Por su parte, INTERMUNDIAL XXI manifestaba que, tras recibir la documentación necesaria para la tramitación del siniestro, la compañía aseguradora había adoptado la decisión de rehusar la cobertura del mismo, dado que la póliza de referencia no se encontraba vigente a la fecha de anulación del viaje. INTERMUNDIAL XXI consideraba haber cumplido con las obligaciones propias de su condición de mediador, y declaraba que había procedido a responder todos los correos electrónicos recibidos del reclamante.

El apartado 3 del artículo 26 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados establece que los corredores *“vendrán obligados durante la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento”*.

El Servicio de Reclamaciones consideró que pese a la afirmación realizada a este respecto, la entidad mediadora INTERMUNDIAL XXI no acreditaba que la referida consulta hubiera sido respondida. De esta manera, no se entendió acreditado el debido cumplimiento por INTERMUNDIAL XXI, de las obligaciones de asistencia y asesoramiento previstas en el referido artículo 26.3 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

3. Planes de Pensiones

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de Pensiones.

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

ASUNTO: Finalización de una renta financiera derivada de un plan de pensiones, antes de la fecha inicialmente fijada.

INFORME FINAL: El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si bien la entidad no estaba legalmente obligada en el año 1998 a informar por escrito del riesgo a cargo del beneficiario, se debería haber prestado a la reclamante un mejor asesoramiento en el momento de elegir la forma de cobro de la prestación.

CONCLUSIÓN: El beneficiario de un plan de pensiones debe ser informado de forma clara y precisa sobre las características y riesgos de las distintas formas de cobro de la prestación.

11/2012. Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.

La reclamante era partícipe de un plan de pensiones gestionado por la entidad reclamada. Al llegar la jubilación, solicitó el cobro de la prestación en forma de renta financiera mensual a 20 años, por un importe constante de 71,85€ mensuales. Según lo pactado, la renta finalizaría en el año 2018, pero la entidad gestora terminó de abonar las mensualidades en junio de 2011, con un último pago de 17,34€.

La entidad alegó que la duración de una renta financiera es estimada y depende del agotamiento futuro de los fondos que la sustentan. La entidad manifestó que en este caso la mala evolución de los mercados financieros y la consiguiente baja rentabilidad del plan, fueron la causa de que los derechos consolidados se agotaran en el año 2011 y no en el 2018, como se había supuesto. Además, la entidad señalaba que la reclamante recibió información periódica sobre la evolución del plan de pensiones.

De acuerdo con la normativa vigente en el momento de solicitarse la prestación, la entidad no estaba obligada a informar por escrito al beneficiario acerca del grado de riesgo que iba a ser asumido por éste en relación con la prestación. Esta obligación está prevista en la normativa actualmente en vigor.

Con motivo del análisis de la documentación aportada se observó que si bien los datos facilitados inicialmente a la reclamante constituían un cálculo estimado, y así se indicaba expresamente, de la documentación posterior entregada a la reclamante, confirmando y concretando las características de la prestación, no se deducía con claridad que la duración de la renta era estimada y que dependía del valor de los derechos consolidados, pudiéndose agotar antes del plazo inicialmente previsto.

A la vista de los hechos, este Servicio de Reclamaciones no apreció en la actuación de la entidad incumplimiento de la normativa de planes y fondos de pensiones. No obstante, consideró que se debería haber prestado un mejor asesoramiento a la reclamante en el momento de elegir la forma de cobro de la prestación. En este sentido, se concluyó que la carta enviada a la reclamante con fecha 11/09/1998 adolecía de falta de claridad, puesto que de la misma no podían deducirse claramente las notas características de una renta financiera temporal frente a otros tipos de renta.

TIPO DE OPERACION:
Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
BBVA Pensiones S. A.

ASUNTO:
Reclamar contra la falta de remisión de información sobre la evolución del plan de pensiones suscrito con la entidad reclamada, así como contra el criterio adoptado por dicha entidad en relación a la valoración de sus derechos consolidados en caso de movilización.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que si bien la actuación de la entidad se había ajustado a la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones, la información proporcionada al partícipe acerca del valor garantizado adolecía de falta de claridad.

CONCLUSION:
En caso de existencia de una garantía financiera del art. 77 del RFPF, se debe informar claramente del valor aplicable en caso de cobro de la prestación o movilización de los derechos consolidados antes de la fecha de vencimiento de la garantía.

12/2012. Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.

El reclamante manifestó que en los últimos 8 meses no había recibido información sobre la evolución de su plan de pensiones y derechos consolidados en el mismo. Además, manifestó su deseo de movilizar sus derechos consolidados a otro plan de pensiones, siempre que se le garantizara el valor liquidativo consolidado, de acuerdo con lo previsto en la carta de garantía.

La entidad reclamada alegó que la garantía sólo tiene eficacia en la fecha de vencimiento, el 30/06/2015, y que por tanto, si el partícipe desea movilizar su plan de pensiones, el valor a considerar será el que resulte de la aplicación de los criterios del artículo 75 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, y no el “valor liquidativo consolidado”, que es un mero valor de referencia. Asimismo, y en relación con sus obligaciones de información periódica, la entidad indicó que está remitiendo la información periódica prevista por la normativa vigente al domicilio de correspondencia indicado por el reclamante.

En relación con el envío de la información periódica prescrita por el artículo 48 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, el criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que de lo manifestado por las partes y de la documentación aportada, no se disponía de los elementos de juicio necesarios para pronunciarse sobre el cumplimiento por parte de la entidad de sus obligaciones de información.

En cuanto a la cuestión relativa al valor aplicable en caso de movilización de los derechos consolidados, este Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad se había ajustado a la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones. No obstante, respecto de la información proporcionada por la entidad sobre el valor garantizado, este Servicio estimó que ésta adolecía de falta de claridad, dado que en la información facilitada al reclamante no podía deducirse con claridad cuál era el valor liquidativo diario, aplicable en caso de cobro o movilización, y el valor garantizado, cuya eficacia está condicionada a la fecha de vencimiento de la garantía.

TIPO DE OPERACION:

Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:

Europensiones S. A. U.,
E.G.F.P.

ASUNTO:

Reclamar contra la movilización de derechos consolidados efectuada sin la autorización de la partícipe.

INFORME FINAL:

El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actuación de la entidad gestora vulneró la normativa reguladora de planes y fondos de pensiones, y en concreto, las disposiciones contenidas en el artículo 50.4 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

CONCLUSION:

La movilización de derechos consolidados se efectúa a iniciativa del partícipe, siendo necesaria la firma por éste de la solicitud de movilización.

13/2012. Movilización realizada sin consentimiento del titular.

La reclamante contrató el Plan de Pensiones “Amigos Médicos de Madrid” en fecha 27/12/2000 y, posteriormente, el 29/12/2008 suscribió el Plan de Pensiones “Europopular Capital”.

En el año 2011, la entidad comercializadora le propuso movilizar sus derechos consolidados en el plan de pensiones “Amigos Médicos de Madrid” al plan “Europopular Capital”, sin que ella diera su consentimiento a la operación. Con fecha 14/07/2011 tuvo conocimiento, a través de una carta remitida por Europensiones, que sus derechos consolidados habían sido traspasados, tal y como le habían propuesto, pero sin que hubiera dado ninguna autorización al respecto.

La entidad gestora alegó que hubo un malentendido acerca de la voluntad de la partícipe, lo que condujo a que en fecha 29/06/2011 se realizara la citada movilización. Asimismo, se puso de manifiesto que una vez comprobado el error, se deshizo la movilización transfiriendo de nuevo los derechos consolidados al plan de origen. La entidad señaló que la referida incidencia no ocasionó ningún menoscabo económico a la partícipe.

De conformidad con la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones, la iniciación de cualquier traspaso de derechos consolidados requiere una solicitud firmada por el partícipe. En este caso, este Servicio de Reclamaciones consideró, a la vista de la documentación aportada, que la entidad gestora efectuó la movilización sin disponer de la preceptiva solicitud firmada por la partícipe, vulnerando así lo dispuesto en el art. 50.4 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

CAPITULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA

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

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

INFORMACIÓN DE LA PÁGINA WEB

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

Gobierno de España | MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

Mapa web | Contacto | **RSS**

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

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

Noticias

- Publicado Boletín de Información Trimestral correspondiente al tercer trimestre del 2012
- El nuevo teléfono de atención de la DGSFP es el 902 19 11 11
- Ya está disponible la actualización de la aplicación de descarga de la DEC trimestral de seguros y previsión social, para cumplimentar con los datos correspondientes al cuarto trimestre de 2012, actualización que incluye los nuevos controles en los datos identificativos de la contraparte, en las fichas relativas a depósitos bancarios y tesorería
- Lanzamiento del Long Term Guarantees Assessment (LTGA)
- Publicada la Memoria estadística anual de entidades aseguradoras 2011
- Ya se encuentra disponible el Informe Anual de Instrumentos de Previsión Social Complementaria 2011
- Informe anual de mediación: datos provisionales
Publicados los datos provisionales del ejercicio 2011
- Memoria del contenido de los programas de formación continua: No está sujeta a plazo de presentación
- EIOPA ha publicado en su página web los resultados de la consulta pública sobre los requerimientos de información de Solvencia II para entidades aseguradoras y para grupos de entidades aseguradoras
- Ya está disponible la aplicación de descarga de la DEC semestral 2012 para entidades aseguradoras
- Presentación: RETOS Y OBJETIVOS PARA EL SECTOR ASEGURADOR

sede electrónica | Colegio de Supervisores | Toda la DGSFP en el 902 19 11 11 (Coste de llamada 0,100 € - Tarifa minuto 0,072 €)

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

GASPARGASPAR
Guía para la contratación de seguros y planes de pensiones

the spanish economy | finanzas para todos | @administración electrónica

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

Protección al Asegurado - Servicio de Reclamaciones

Procedimiento para la Presentación de Quejas y Reclamaciones

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

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

Más información sobre el procedimiento

- [PG1 - Competencias del Servicio de Reclamaciones](#) (52 KB)
- [PG2 - ¿Quién puede presentar consultas o reclamaciones?](#) (52 KB)
- [PG3 - ¿Cómo plantear una queja o reclamación?](#) (68 KB)
- [PG4 - ¿Cómo plantear una reclamación ante una entidad aseguradora que opera en España en régimen de libre prestación de servicios?](#) (64 KB)
- [PG5 - Tramitación de quejas y reclamaciones](#) (40 KB)

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

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

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

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

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

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

- [Búsqueda individualizada del departamento en cada entidad aseguradora](#)
- [Servicio de Atención al Asegurado del Consorcio de Compensación de Seguros](#) ¹⁸ [para cuestiones exclusivamente relativas a la actividad aseguradora de esta entidad. No atiende reclamaciones o consultas referidas a otras compañías]

Red Transfronteriza Europea (FIN-NET)

- [Red Transfronteriza Europea para la tramitación extrajudicial de reclamaciones en materia de servicios financieros \(FIN-NET\)](#) ¹⁸

Criterios del Servicio de Reclamaciones

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

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

Informes

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

INFORMACIÓN GENERAL

En este epígrafe se encuentra publicado, en primer lugar, el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero (normativa vigente durante 2012 pero que ha sido sustituida por 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, que ha entrado en vigor el 22 de mayo de 2013).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



The screenshot shows the header of the FIN-NET website. It features the European Union flag on the left, the FIN-NET logo (a blue banner with yellow stars and the text 'FIN-NET'), and the text 'Financial Dispute Resolution Network' to the right. A language selector for 'English' is visible in the top right corner. Below the header, a navigation menu includes 'Welcome', 'How to use FIN-NET?', 'Members', 'Key documents', and 'News'. The 'Welcome' section is highlighted, displaying the title 'Welcome to FIN-NET' and a paragraph: 'FIN-NET is a financial dispute resolution network of national out-of-court complaint schemes in the European Economic Area countries (the European Union Member States plus Iceland, Liechtenstein and Norway) that are responsible for handling disputes between consumers and financial services providers, i.e. banks, insurance companies, investment firms and other. This network was launched by the European Commission in 2001.' Below this paragraph, there is a link: 'Read more on page [How to use FIN-NET.](#)'

IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TELEMÁTICOS

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

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

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

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

Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios

Fecha y Hora Oficial
06/03/2013
13:04:48
[Ir al Calendario Oficial](#)

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones

Entidades aseguradoras

Planes y fondos de pensiones

Mediadores de seguros y reaseguros

Lista completa de procedimientos y servicios

Consulta de expedientes

Notificaciones electrónicas

Ayuda

PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS

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

Tipo de procedimiento o servicio administrativo

- [Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones](#)
- [Entidades aseguradoras](#)
- [Planes y fondos de pensiones](#)
- [Mediadores de seguros y reaseguros](#)

Mapa de procedimientos y servicios administrativos

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

- [Lista de procedimientos y servicios administrativos](#)

[Manual de ayuda para configurar las opciones de seguridad de Internet Explorer para el envío telemático de archivos a través de la Sede Electrónica de la DGSFP \(155 KB\)](#)
[Resolución de 12 de julio de 2010, de la Subsecretaría](#), por la que se aprueba la relación de documentos electrónicos normalizados del ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.

[Preguntas frecuentes](#) | [Contacte con nosotros](#) | [Portal Web de la DGSFP](#) | [Enlaces de interés](#)

[Guía de navegación](#) | [Accesibilidad](#) | [Aviso legal](#) | [Mapa web](#)

W3C CSS ✓ W3C XHTML ✓ W3C WAI-AA ✓

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

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

Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios > Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones > Ciudadanos y compañías

Fecha y Hora Oficial
06/03/2013
13:07:43
[Ir al Calendario Oficial](#)

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones

Entidades aseguradoras

Planes y fondos de pensiones

Mediadores de seguros y reaseguros

Lista completa de procedimientos y servicios

Consulta de expedientes

Notificaciones electrónicas

Ayuda

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado - Servicio de reclamaciones

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

Ciudadanos

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

Compañías

- [Presentar alegaciones](#)

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

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

Guía de navegación | Accesibilidad | Aviso legal | Mapa web

W3C CSS ✓ W3C XHTML ✓ W3C WAI-AAA ✓

Respecto a la experiencia desde su implantación, en el cuadro que se muestra a continuación, se refleja el número de documentos presentados a través de procedimientos telemáticos, destacándose que son las entidades aseguradoras las que más han utilizado este medio para la presentación de alegaciones. En concreto, esta cifra de alegaciones se ha incrementado en aproximadamente un 13% con respecto al año anterior.

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

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
Enero	12	35	35	262
Febrero	20	48	58	403
Marzo	22	33	30	451
Abril	9	44	39	447
Mayo	13	49	45	468

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
Junio	10	64	55	499
Julio	9	54	25	385
Agosto	7	35	27	286
Septiembre	26	55	28	262
Octubre	19	66	53	551
Noviembre	19	48	41	439
Diciembre	15	37	36	341
TOTAL 2012	181	568	472	4.794
TOTAL 2011	133	351	246	4.249

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

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

Las comunicaciones telemáticas establecidas por las partes tendrán la misma validez que las que se hacen a través de cualquier otro medio y serán de aplicación, en todo caso, las disposiciones previstas en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, y en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Las comunicaciones se realizarán a través del Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad de acuerdo con lo dispuesto en la **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se crea y regula el Registro electrónico del Ministerio, que derogó la **Orden EHA/1198/2010**, de 4 de mayo, por la que se regulaba el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.

Las entidades que hasta la fecha de elaboración de este informe se han adherido al procedimiento de comunicación telemática ascienden a 99 y son las reflejadas en el siguiente cuadro.

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

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
G0230	AEGON ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
E0202	AGA INTERNATIONAL S.A SUC.EN ESPAÑA
G0172	AGRUPACIO BANKPYME PENSIONES, E.G.F.P.

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
C0692	AIDE ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0088	ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, S. A. U. E.G.F.P
C0688	ALLIANZ POPULAR VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL
C0109	ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0001	ASEGURADORES AGRUPADOS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
E0152	ASPECTA ASSURANCE INTERNATIONAL LUXEMBUR.
C0711	AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0177	AXA PENSIONES,S.A., E.G.F.P.
C0723	AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0724	AXA VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0229	BANCO GALLEGO VIDA Y PENSIONES , S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL
C0800	BANCO GALLEGO VIDA Y PENSIONES , SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0610	BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0006	BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0085	BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0557	BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0502	BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0026	BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0015	BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0038	CAHISPA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS GENERALES
C0584	CAHISPA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS DE VIDA
C0652	CAIXA PENEDÈS ASSEGURANCES GENERALS, S.A.
C0799	CAIXANOVA VIDA Y PENSIONES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0226	CAIXANOVA VIDA Y PENSIONES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
G0071	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
C0798	CAJACANARIAS ASEGURADORA DE VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
G0228	CAJACANARIAS ASEGURADORA DE VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0787	CAJASOL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0792	CAJASOL VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0227	CAJASOL VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0779	CAN SEGUROS GENERALES, S.A.
G0219	CASER PENSIONES, ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES S.A.
C0605	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGUANCES
G0210	CATALUNYACAIXA VIDA, S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGUANCES
C0727	CATOC VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0626	CCM VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
G0048	CCM VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0716	CISNE ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (EN LIQUIDACIÓN)
C0764	CLICKSEGUROS, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.(SOCIEDAD UNIPERSONAL)

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
C0048	COMPAÑIA EUROPEA DE SEGUROS, S.A.
C0554	COSALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
C0731	DEPSA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0247	DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.
G0166	DUERO PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
G0010	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0072	GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0037	GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0157	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0213	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0730	HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0079	IBERCAJA PENSION, S.A., E.G.F.P.
C0720	LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0778	MAPFRE CAJA MADRID VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0058	MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0782	MAPFRE SEGUROS DE EMPRESAS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0121	MAPFRE VIDA PENSIONES, E.G.F.P.
C0511	MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
C0766	MEDITERRANEO SEGUROS DIVERSOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0677	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0144	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0781	MM GLOBALIS, S.A.U. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0786	MM HOGAR SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS
M0083	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
M0124	MUTUALIDAD ARROCERA DE SEGUROS A PRIMA FIJA
M0140	MUTUALIDAD DE LEVANTE, ENTIDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
P2381	MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0110	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0693	PELAYO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0151	PELAYO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0517	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0051	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0131	RURAL PENSIONES S.A., E.G.F.P.
C0595	RURAL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0320	SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
C0174	SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0124	SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0468	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACIÓN SOCIAL
G0204	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0619	SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A.
C0697	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.
G0154	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.
C0616	SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0683	SEGUROS LAGUN ARO VIDA, S.A.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, S.A.
M0191	SOLISS, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0601	UNION DEL DUERO, COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.
C0611	VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0021	VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
E0189	ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA
C0039	ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

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

GUÍA DEL ASEGURADO Y DEL PARTICIPE

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

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

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

GUÍA PARA LA CONTRATACIÓN

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

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



GLOSARIO a | b | c | d | ...

Glosario técnico

PREGUNTAS FRECUENTES

Preguntas frecuentes

RECLAMACIONES Y CONSULTAS

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

Contacto | Enlaces de interés | Mapa web

Bienvenidos al nuevo portal para Asegurados y Partícipes

La contratación de seguros o planes de pensiones resulta cada vez más habitual como manifestación de una cultura económica madura. La conveniencia de su contratación puede venir impulsada por una decisión autónoma o, de modo inducido, por una obligación legal o contractual. La técnica aseguradora subyacente a estas operaciones no siempre es conocida/entendida por el tomador del seguro o partícipe del plan de pensiones en la parte que le pudiera afectar, con las consecuencias negativas que esto conlleva en muchos casos. Y en parte esto se debe a una complejidad sustantiva cuya oscuridad el sector no siempre ha conseguido despejar en beneficio de la transparencia del producto.

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

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

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

La dinámica de este sector hace imposible abarcar todos los productos ofrecidos en el mercado. Por ello las explicaciones tendrán un enfoque genérico, sin perjuicio de que se aborden aquellas cuestiones particulares que reiteradamente presentan alguna dimensión problemática.

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

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

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

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

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

La necesidad de una adecuada formación de los ciudadanos para adoptar sus decisiones financieras, en un entorno cada vez más complejo y dinámico, ha sido reconocida de modo reiterado en los últimos años por los principales 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.

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 (a fecha de publicación de esta Memoria ya se ha presentado el Plan 2013-2017).

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

De acuerdo con lo anterior la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha suscrito un acuerdo de colaboración con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores en el desarrollo del Plan de Educación Financiera, con el fin de coordinar esfuerzos y optimizar los recursos disponibles. Se trata de una iniciativa en línea con los programas de formación puestos en marcha en otros países de nuestro entorno, basada en las recomendaciones y principios de la Comisión Europea y de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

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

Respecto a los trabajos realizados hasta el momento en desarrollo del Plan, 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](#), la página web [gepeese](#). Aquí se contienen propuestas de actividades que pueden servir como complemento o alternativa a los profesores, entre las que destaca su banco de juegos, que incluye la posibilidad de organizar pequeñas competiciones y desafíos, con el fin de estimular el interés de los estudiantes.

finanzas para todos

plan de educación financiera

CNMV
Comisión Nacional de los Mercados y de los Seguros

BANCO DE ESPAÑA
Banco de España

Inicio

Cómo llegar a fin de mes

La economía en las etapas de la vida

Consejos para invertir

La oferta de productos y servicios financieros

Kit financiero de supervivencia

Lectura fácil

Le ayudamos a mejorar la gestión diaria de su economía personal

Selecciona un perfil cercano a ti:
Todos

o bien dinos qué necesidad tienes:
Todas

Gepeese

Recursos para jóvenes y profesores

Glosario Enlaces Herramientas y calculadoras Novedades Multimedia

Sobre este proyecto

Novedades

Nuevo video sobre seguros en nuestra sección multimedia
26-02-2013 - En: [Novedades](#)

La educación financiera será obligatoria en las escuelas inglesas
25-02-2013 - En: [Novedades](#)

¡Nueva entrega en nuestra sección multimedia!
22-02-2013 - En: [Novedades](#)

El Gobierno destinará 3.500 millones para impulsar el empleo joven
16-02-2013 - En: [Novedades](#)

Subida del euríbor en enero
02-02-2013 - En: [Novedades](#)

Prórroga del Plan PIVE
26-01-2013 - En: [Novedades](#)

Prórroga del Plan Prepara
25-01-2013 - En: [Novedades](#)

Más de 21.500 alumnos estudiarán Educación Financiera durante este curso
22-01-2013 - En: [Novedades](#)

[Más novedades](#)

Lo más leído

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

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

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

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

Paso 1: identificar ingresos y gastos
En: [El presupuesto personal](#)

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

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

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

Y además ...

El presupuesto personal

Descargar la aplicación: **Mi Presupuesto**

Banco de JUEGOS
Banco de Juegos

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

Otros sitios de Interés:
Seguros Para Todos

Seguros para Todos
Fundación Mapfre

Accesibilidad | Mapa web | Contacto | Ayuda

Gepeesez  Buscador

Recursos para jóvenes y profesores

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

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



Personajes: Walt Disney



Viaje al extranjero



Utilidad de Ayuda: Líneas de

¿Sabías que...?

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

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

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

[Más curiosidades](#) →

Recursos recomendados

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

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

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

[Más recursos](#) →

Síguenos en ...



Contacta

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

Software

 Descarga de programas [Software necesario](#)

Novedades

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

Agenda

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

Nube de etiquetas

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

La economía en ...


HISTORIA


PROTAGONISTAS


LITERATURA


CINE


CULTURA POPULAR


HUMOR

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

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

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

Dentro de la actividad del Plan en 2012, en el ámbito de seguros, se firmó un convenio con la **FUNDACIÓN MAPFRE** para fomentar la cultura aseguradora. En este sentido, la Fundación desarrolló el portal web www.segurosparatodos.es. En 2012 se firmó también un convenio con el **INSTITUTO AVIVA DE AHORRO Y PENSIONES**.

Con el fin de cubrir las necesidades de conocimientos financieros de colectivos con discapacidad intelectual se firmó un acuerdo con la **Fundación ONCE**. En base a este acuerdo se han realizado cursos de formación sobre finanzas personales y capacitación financiera para asociaciones de discapacitados.

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

Por último, en 2012-2013 se está desarrollando por segunda vez el Programa de Educación Financiera. Este programa abarca tanto a centros públicos como a privados y concertados de todas las CCAA y Ceuta y Melilla. Durante 2012, el programa fue presentado a las Consejerías de Educación, que ofertaron el programa a sus centros. Al mismo tiempo, el Programa se presentó ante las principales asociaciones educativas que se sumaron a la iniciativa. Al final, 415 centros, con un colectivo objetivo de 21.500 estudiantes, se han unido al Programa para impartir educación financiera en el presente curso.

CAPÍTULO V. PRÁCTICAS DE MERCADO

Este capítulo contiene un catálogo de prácticas o actuaciones *deseables o recomendables* que deberían regir las relaciones de las entidades con sus clientes. Esta colección es el resultado de la casuística observada por el Servicio de Reclamaciones en el ejercicio de sus funciones, consistente tanto en conductas que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas y usos financieros, como las que resultan modélicas. Para el propósito de este capítulo se prefiere recoger directamente las segundas y en clave positiva las primeras.

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

1. SEGUROS

1.1. CONTRATOS DE SEGUROS LIGADOS A PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS

- En los seguros de vida o de daños ligados a préstamos hipotecarios, debe ofrecerse la posibilidad de contratar un seguro anual renovable.
- En los seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, en los que la prima única también está financiada por la entidad bancaria que concedió el préstamo, en caso de amortización anticipada del préstamo, la parte de prima no consumida debe devolverse al asegurado que pagó la prima y no a la entidad prestamista.
- El beneficiario de un seguro de daños sobre un bien hipotecado sólo puede ser el propietario del bien asegurado, en ningún caso puede serlo el acreedor hipotecario. El artículo 40 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro regula un régimen especial para 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 a la indemnización del daño.

1.2. SEGUROS DE VIDA

- Seguros colectivos

En los seguros individuales comercializados a través de entidades de crédito, como seguros colectivos, el tomador debe ser el asegurado (por haber pagado la prima), al que le corresponderán todos los derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro.

- Seguros unit link

En la contratación de seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión (unit link), las entidades comercializadoras (bancaseguros, normalmente) deben asegurarse de que la información transmitida con carácter previo a la contratación sea clara y transparente respecto a la naturaleza del producto, si es bancario, de inversión, un seguro o un plan de pensiones. Esta información previa es básica en productos como los unit link en donde se mezclan características aseguradoras y de inversión.

Además, debe informarse en particular sobre la variabilidad del valor de los activos en que se invierte el producto.

En estos seguros deben estar identificadas las primas que corresponden a cada garantía, elemento esencial en la toma de decisiones para suscribir un producto con componentes de ahorro e inversión como son estos seguros.

- Tipo de interés y gastos internos:

En los seguros de vida ahorro comercializados debe quedar claro el tipo de interés aplicable a la operación o, en su caso, el capital a percibir al vencimiento o en caso de siniestro.

A las primas no pueden aplicársele gastos internos de gestión que no aparezcan reflejados en las pólizas y, por tanto, el tomador desconozca.

- Participación en beneficios:

El asegurador debe remitir anualmente información sobre la situación de la participación en beneficios y suficiente información sobre el método para su cálculo.

En los seguros de vida con participación en beneficios no pueden realizarse estimaciones sobre beneficios futuros.

Las entidades solo pueden exigir a los beneficiarios de seguros de vida la presentación de aquellos documentos que sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de siniestro y el derecho al pago de la prestación.

1.3. SEGURO DEL AUTOMÓVIL.

- Convenios de liquidación de siniestros entre entidades:

En el caso de los terceros perjudicados en un accidente de la circulación, por aplicación de los convenios celebrados entre entidades aseguradoras, la peritación y valoración de los daños se realiza por la entidad del perjudicado. En estos supuestos, la entidad no puede aplicar las limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios porque su asegurado debe ser indemnizado como tercero perjudicado.

- El perjudicado en un accidente de circulación debe ser indemnizado por los perjuicios derivados de la imposibilidad de utilizar el vehículo hasta el abono de la indemnización por parte de la entidad aseguradora del vehículo culpable, lo que implica, que la entidad aseguradora debería reembolsar el coste del alquiler de un vehículo de sustitución o de los medios de transporte utilizados por el perjudicado hasta que se le abone la indemnización (previa acreditación por parte del tercero perjudicado).

1.4. SEGUROS DE HOGAR.

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía:

Las entidades aseguradoras que han enviado sus operarios o reparadores al hogar asegurado con motivo de un siniestro deben velar por la calidad del servicio prestado. Debe considerarse como un deber de diligencia mínimo la comprobación posterior de los trabajos de los citados operarios.

- Debe darse suficiente información al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador pretenda estar asegurado al 100% de su valor.

- Las entidades deben, en caso de rehúse de un siniestro, motivar su decisión.

1.5. SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA Y DECESOS.

- Las subidas de primas, especialmente las desproporcionadas, deben ir acompañadas de la justificación actuarial correspondiente por parte de la entidad.
- Las compañías no pueden motivar una subida de prima por inclusión de nuevas garantías o coberturas no solicitadas por el tomador.
- Es una práctica deseable por parte de las aseguradoras, prorrogar el seguro a asegurados con determinadas enfermedades, en especial, si al asegurado se le diagnostican enfermedades crónicas. Lo contrario dejaría al asegurado prácticamente sin posibilidad de encontrar aseguramiento en otra compañía para ese riesgo.
- Debe informarse de la importancia del cuestionario de salud, que debe ser cumplimentado antes de la contratación, constando la firma del asegurado.
- Los cuestionarios de salud no deben presumir respuestas en ningún sentido ante la falta de contestación al mismo.
- No se consideran válidas aquellas cláusulas, en seguros de enfermedad y asistencia sanitaria, por las que se excluyen pruebas diagnósticas por medios que no estén suficientemente contrastados, porque se deja al arbitrio de la entidad la determinación de si estas pruebas están o no suficientemente contrastadas.
- Las entidades deben cubrir la asistencia sanitaria de carácter urgente aunque ésta se produzca durante el periodo de carencia establecido en un seguro de enfermedad o asistencia sanitaria.
- En los seguros de asistencia sanitaria, los plazos de carencia para embarazo y parto no pueden ser superiores a ocho meses.

1.6. CONTRATOS DE ASISTENCIA EN VIAJE

- En los seguros de asistencia en viaje, si el asegurado es el que ha pagado la prima, no puede aparecer como tomador el operador mayorista que organiza el viaje, pues el tomador es quien paga la prima. Es una buena práctica entregar al cliente la totalidad del contrato, y no un mero extracto o resumen de las condiciones generales.

1.8. SEGURO DE DEFENSA JURÍDICA

- Es recomendable que cuando las entidades consideren inviable una reclamación de un asegurado se motive suficientemente las causas de dicha inviabilidad.
- La entidad debe velar por la calidad de la actuación profesional de los profesionales designados por ella para la defensa de los intereses de su asegurado.

1.9. SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

- El asegurador debe efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.
- Cuando se rehúse un siniestro las compañías deben motivar suficientemente su decisión.

- Cualquier abono realizado por las aseguradoras deberá ir acompañado de la suficiente información, de tal forma que permita al asegurado/perjudicado comprobar que el importe recibido es el que le corresponde.
- Las entidades, una vez declarado el siniestro, deben realizar cuanto antes la valoración de los daños.
- En aquellos casos en los que la entidad concluye que los daños no están cubiertos por la póliza tras una peritación, el bien peritado debe entregarse en el mismo estado en que se recibió; es decir, si en la propia pericia se ocasionasen daños, éstos deben ser resarcidos.

1.10. OTRAS PRÁCTICAS

- En relación con los mecanismos de protección e información a la clientela, los asegurados deben ser informados por parte de las entidades aseguradoras sobre los distintos mecanismos de protección existentes en la entidad.

2. PLANES DE PENSIONES

- Las entidades deben proponer la contratación de estos productos a personas para las que resultan adecuados los mismos en función de sus circunstancias personales y laborales.
- Tanto para el caso de movilización de derechos consolidados como para el pago de la prestación, las entidades deben cumplir con los plazos previstos en la normativa. Con motivo de la solicitud del partícipe, éste debe ser informado desde el primer momento de todos los requisitos a cumplir, y los datos y documentación a presentar, con la finalidad de evitar retrasos injustificados en la tramitación de sus solicitudes.
- Las compañías deben fomentar la transparencia en la información a partícipes y beneficiarios. Debe proporcionarse al potencial partícipe una información previa clara sobre las principales características y riesgos del producto, en particular, su iliquidez y ausencia de garantía de rentabilidad, así como sobre la adecuación del plan a las características y necesidades del partícipe.

Asimismo, partícipes y beneficiarios deben ser informados a lo largo de la vida del plan de pensiones sobre la evolución de sus derechos consolidados, situación de los activos del fondo, costes y rentabilidad obtenida, y sobre cualquier otro extremo que pudiera afectarles.

En el momento de la solicitud de cobro de la prestación, el partícipe debe recibir información transparente e inequívoca acerca de las características y riesgos de las posibles formas de cobro de la prestación.

- Las entidades gestoras, depositarias y comercializadoras deben contar con una adecuada organización administrativa, y medios humanos y técnicos adecuados a su objeto y actividad, evitando cualquier error de gestión que pueda provocar perjuicios al partícipe.

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

A) Normativa general de protección.

- **Ley 44/2002**, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (Capítulo V relativo a la protección de clientes de servicios financieros.)
- **Real Decreto 303/2004**, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros. (A partir del 22 de mayo de 2013 ha sido sustituida por 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.
- **Orden ECO/734/2004**, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- **Real Decreto Legislativo 1/2007**, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- **Ley 22/2007**, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- **Ley 11/2007, de 22 de junio**, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.
- **Orden EHA/1198/2010**, de 4 de mayo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda (vigente hasta 4 de abril de 2013).
- **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se crea y regula el Registro electrónico del Ministerio (que sustituye a la **Orden EHA/1198/2010**, de 4 de mayo).

B) Seguros, en general.

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

C) Seguros de vehículos a motor.

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

D) Mediación en seguros.

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

E) Planes y fondos de pensiones.

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