



SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

MEMORIA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES 2017



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y EMPRESA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA Y APOYO
A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL DE
SEGUROS Y
FONDOS DE PENSIONES

23 de noviembre de 2017
NIPO: 057-17-188-9

Editado por:
Ministerio de Economía, Industria y Competitividad
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
www.dgsfp.mineco.es

**MEMORIA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES
2017**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2017

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

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

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS

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

CAPÍTULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA

CAPÍTULO V. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

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

ANEXO 1

Cuadros estadísticos

ANEXO 2

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

RELACIÓN DE CUADROS

Cifras generales

- I. Evolución mensual de los expedientes iniciados
- II. Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados
- III. Expedientes resueltos al cierre de 2017 clasificados por tipos
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2017

Seguros

- V. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2017
- VI. Reclamaciones de seguros presentadas en 2017 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2017 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2017 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII. Consultas resueltas en 2017 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2017
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2017 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2017 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2017 en relación con el número de pólizas
- X. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2017 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2017 clasificados territorialmente
- A.1.II. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2017 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Mediación

- XI. Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2017
- XII. Reclamaciones de mediación resueltas en 2017 clasificadas por asuntos
- XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2017
- XIII.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2017 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIV. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2017
- XV. Reclamaciones resueltas en 2017 clasificadas por asuntos
- XVI. Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2017.
- XVII. Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2017 y análisis de la forma de terminación
- XVIII. 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 2017

Unidad de atención al público (presencial y telefónica)

- IXX. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público en 2017
- XX. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público en 2017 clasificadas por asuntos

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

- XXI. Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2017
- XXII. Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP

Expedientes de especial interés

XXIII. Relación de expedientes de especial interés publicados en 2017

A1.III. Relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores

PRESENTACIÓN

El presente informe resume la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2017. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, establece las competencias que corresponden en el ámbito de los seguros privados y los planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el órgano supervisor con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Como novedad, cabe destacar la publicación de la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. La citada norma, si bien abarca a todos los sectores, establece para el financiero algunas especialidades, designándose como autoridades competentes para dicho ámbito al Banco de España, a la Comisión Nacional del Mercado de Valores y a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cada uno de ellos para las entidades que actúen en su respectivo sector de supervisión. Además, en la disposición adicional primera se mandata al Gobierno para remitir a las Cortes Generales un proyecto de ley en la que se regule una entidad única para la resolución de litigios de consumo en dicho 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 2017, 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 2017 ha disminuido un 4,79% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 9.693. La disminución es de un 5,80% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras y un 3,94% en planes de pensiones.
- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 8.453.
- Respecto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 34% aproximadamente terminó con un informe favorable a la entidad, un 30% finalizó con un informe favorable al interesado y en el restante 36% el Servicio de Reclamaciones no pudo emitir, a la vista de las circunstancias planteadas, un pronunciamiento expreso que estimara o desestimara la pretensión del interesado. Si se tienen en cuenta únicamente los expedientes en los que ha existido un pronunciamiento del Servicio de Reclamaciones, puede afirmarse que aproximadamente el 53% se ha resuelto a favor de la entidad y el restante 47% a favor del reclamante.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017, que, por las particularidades que plantean, se ha considerado conveniente destacar.

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

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

En el capítulo dedicado a la **información pública** se recogen todas aquellas actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de proporcionar a los ciudadanos la máxima transparencia e información sobre la protección de sus derechos e intereses. Así, en este capítulo se refleja la información publicada en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se explica el procedimiento de consulta y reclamación en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, algunos criterios aplicados por el Servicio de Reclamaciones en la resolución de sus informes y un enlace a la red FIN-NET que proporciona información sobre los mecanismos extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito financiero cuando la entidad aseguradora no está sometida al control del supervisor español. Además, se facilita información sobre la Sede Electrónica del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (actualmente Ministerio de Economía y Empresa) que ofrece como posibilidad para el ciudadano, la tramitación de los expedientes de consultas, quejas y reclamaciones por medios telemáticos y la consulta de su estado. Este canal facilita el acceso a los servicios administrativos, así como la agilización de los procedimientos.

Por último, entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017, como en años anteriores, hay que destacar la colaboración continuada con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, en el desarrollo del **Plan de Educación Financiera** promovido por estos dos organismos supervisores. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la página web 'finanzasparatodos', donde se compila información sobre economía familiar, accesible a todos los ciudadanos, y la sexta edición del Programa de Educación Financiera. En el curso 2016-2017 se adhirieron 500 centros educativos, abarcando más de 40.000 estudiantes y 2.400 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las CCAA y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Sergio Álvarez Camiña
*Director General de Seguros
y Fondos de Pensiones*

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2017

En este capítulo se recoge, en cifras, la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2017.

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

Este capítulo se divide en cinco apartados:

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

Conviene señalar que, al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren tanto a **expedientes iniciados**, como a **expedientes resueltos**. A efectos de esta publicación, los expedientes iniciados son los expedientes que derivan de reclamaciones, quejas o consultas, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017, 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 2017, independientemente de que se iniciaran en 2017 o en años anteriores.

1. CIFRAS GENERALES

Expedientes iniciados

Los cuadros I y II proporcionan diferente información sobre la totalidad de expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017.

El cuadro I contiene las cifras del total de expedientes de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017 y los dos anteriores.

CUADRO I
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS

PERÍODO	2015	2016	2017
Enero	788	795	782
Febrero	950	1.019	982
Marzo	1.093	955	1105
Abril	992	925	746
Mayo	852	1.007	929
Junio	889	869	943
Julio	916	737	749
Agosto	599	604	640
Septiembre	797	806	670
Octubre	894	923	776
Noviembre	841	803	716
Diciembre	785	738	655
TOTALES	10.396	10.181	9.693

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 Pensiones¹. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 9.789 expedientes iniciados en 2017, frente a los 10.274 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2017. Se puede realizar una primera clasificación de los mismos distinguiendo entre los expedientes admitidos y no admitidos, estos últimos por no haber cumplido los requisitos previstos en la normativa de protección de los clientes de servicios financieros para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta. Los expedientes admitidos se clasifican, a su vez, en consultas, quejas y reclamaciones. Éstas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones o mediación.

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

CUADRO II
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA POR TIPOS DE EXPEDIENTES INICIADOS

Periodo	Reclamación de seguros	Reclamación de planes	Reclamación mediadores	Consultas	Consultas planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	503	5	7	3	2	0	262	782
Febrero	664	9	9	5	10	0	285	982
Marzo	736	15	12	7	5	0	329	1105
Abril	519	12	9	4	7	0	195	746
Mayo	590	8	7	4	6	0	314	929
Junio	615	9	5	5	3	0	306	943
Julio	493	14	3	1	4	0	234	749
Agosto	407	16	2	3	4	0	208	640
Septiembre	435	12	9	3	1	0	211	670
Octubre	481	13	9	6	6	0	255	776
Noviembre	445	4	5	2	7	0	248	716
Diciembre	429	5	4	7	2	0	219	655
TOTAL 2017	6.317	122	81	50	57	0	3.066	9.693
TOTAL 2016	6.706	127	124	51	58	3	3.112	10.181
DIFERENCIA	-389	-5	-43	-1	-1	-3	-46	-488
% VARIACION	-5,80	-3,94	-34,68	-1,96	-1,72	-100	-1,48	-4,79

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017. Como anteriormente se ha comentado, los **expedientes resueltos** se corresponden con aquellos cuya tramitación ha finalizado en el referido ejercicio, independientemente de que se iniciaran en el año 2017 o en años anteriores.

El cuadro III contiene información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones clasificados por tipos. Se distingue entre aquellos que se iniciaron en el año 2017 y los presentados en años anteriores.

CUADRO III
EXPEDIENTES RESUELTOS AL CIERRE DE 2017
CLASIFICADOS POR TIPOS

TIPO DE EXPEDIENTE	TOTAL RESUELTOS EN 2017		
	INICIADOS ANTES DE 01/01/2017	INICIADOS EN 2017	TOTAL
Reclamación de seguros	4.710	382	5.092
Reclamación de planes	70	43	113
Reclamación de mediadores	64	4	68
Consulta	31	23	54
Consulta planes	12	47	59
Queja	1	0	1
Escritos no admitidos	0	3.066	3.066
TOTAL	4.888	3.565	8.453

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017

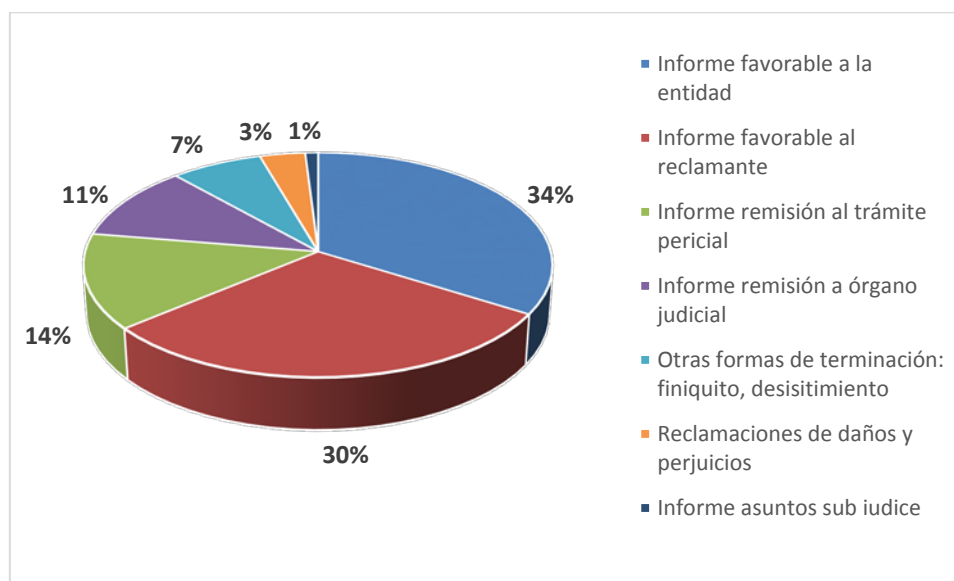
**CUADRO IV
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2017**

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
1) Reclamaciones resueltas		5.273	62,38
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable a la entidad	1.788		
Informe favorable al reclamante	1.583		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	373		
Informe asuntos sub iúdice	50		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	721		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	563		
Reclamaciones sobre daños y perjuicios	195		
2) Escritos no admitidos		3.066	36,27
TOTAL RECLAMACIONES		8.339	
CONSULTAS			
3) Resolución de consultas		113	1,34
QUEJAS			
4) Resolución de quejas		1	0,01
EXPEDIENTES TERMINADOS		8.453	100

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

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación. Se incluyen los expedientes que finalizaron con los motivos que se señalan en el artículo 10 de la Orden ECC/2502/2012. En estos expedientes, si bien finalmente se emite informe, se indica que el caso examinado se encuentra en alguno de los supuestos de inadmisión que señala la norma (remisión al trámite pericial, a los tribunales de justicia, etc.).
- La segunda se refiere al número total de expedientes no admitidos desde su presentación por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura 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 2017.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN



Del total de los expedientes terminados, 5.273 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 62,38% del total de expedientes resueltos en 2017. 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 1.788, lo que supone el **34%** del total de las reclamaciones.
- Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.583, lo que supone el **30%** del total.
- 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 721, lo que representa el **14%** del total de reclamaciones resueltas. 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 a dicho trámite.
- 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 563 expedientes, lo que supone un **11%** 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.
- 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 373 y suponen el **7%** del total de las resueltas.
- Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 195, suponiendo un **3%**, del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.

- g) Por último, las 50 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 **1%** del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que ya hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.

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

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

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

- 1º) por razón de la materia.
- 2º) por tratarse de cuestiones relacionadas con los denominados seguros de grandes riesgos definidos en el artículo 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- 3º) porque la competencia corresponde a otros organismos, como el Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores. En estos casos el Servicio de Reclamaciones procede al traslado de los expedientes a dichos organismos, comunicando al interesado esta circunstancia.

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

2. SEGUROS

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

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2017 clasificados por tipos.

CUADRO V
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2017

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	TOTAL
Enero	503	248	3	6	0	760
Febrero	664	274	5	7	0	950
Marzo	736	312	7	11	0	1.066
Abril	519	184	4	6	0	713
Mayo	590	295	4	10	0	899
Junio	615	293	5	7	0	920
Julio	493	215	1	9	0	718
Agosto	407	196	3	7	0	613
Septiembre	435	200	3	5	0	643
Octubre	481	250	6	9	0	746
Noviembre	445	234	2	11	0	692
Diciembre	429	199	7	5	0	640
TOTAL 2017	6.317	2.900	50	93	0	9.357
TOTAL 2016	6.706	2.941	51	85	3	9.786
DIFERENCIA	-389	-41	-4	8	-3	-429
% VARIACION	-5,80	-1,39	-7,84	9,41	-100,00	-4,38

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2017.

CUADRO VI
RECLAMACIONES DE SEGUROS PRESENTADAS EN 2017
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2017	% S/ TOTAL 2017	TOTAL 2016	% S/ TOTAL 2016	DIFERENCIA 2017 - 2016
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2323	36,77	2451	36,55	-128
Vehículos	869	13,76	905	13,50	-36
Enfermedad	711	11,25	792	11,81	-81
Vida	666	10,54	620	9,25	46
Defensa jurídica	597	9,46	651	9,71	-54
Responsabilidad civil general	284	4,49	356	5,31	-72
Perdidas pecuniarias diversas	271	4,3	258	3,85	13
Decesos	237	3,75	263	3,92	-26
Accidentes	211	3,34	248	3,70	-37
Asistencia	148	2,34	159	2,25	-11
Caución	0	0	3	0,04	-3
TOTAL	6.317	100	6.706	100	-389

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

El cuadro VII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2017, 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. En este sentido, conviene resaltar que se está trabajando en una clasificación similar a la que utiliza el sector con el objetivo de poder realizar un análisis más completo.

CUADRO VII.1
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2017
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Rechazo del siniestro	87	25,89
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	59	17,56
Falta de información o información incorrecta	44	13,10
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	42	12,50
Otras materias	32	9,52
Disconformidad con el importe de la indemnización	23	6,85
Devolución de prima no consumida	18	5,36
Impago de la prima	18	5,36
Alta o modificación sin autorización del cliente	13	3,87
TOTAL	336	6,60

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Rechazo del siniestro	83	48,26
Disconformidad con la valoración de la indemnización	37	21,51
Otras materias	29	16,86
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	23	13,37
TOTAL	172	3,38

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Rechazo del siniestro	147	29,94
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	82	16,70
Declaración del riesgo al firmar el contrato	78	15,89
Aumento de prima	49	9,98
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	35	7,13
Otras materias	36	7,33
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	28	5,70
Disconformidad con la prestación	23	4,68
Solicitud de devolución de prima no consumida	13	2,65
TOTAL	491	9,64

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Rechazo del siniestro	181	26,16
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	148	21,39
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	103	14,88
Solicitud de devolución de prima no consumida	96	13,87
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	51	7,37
Aumento de prima	36	5,20
Falta de información o información incorrecta	36	5,20
Otras materias	27	3,90
Bonificaciones en la prima/certificado de siniestralidad en seguro de responsabilidad civil obligatoria de automóviles	14	2,02
TOTAL	692	13,58

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Rechazo del siniestro	717	38,20
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	469	24,99
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	327	17,42
Cobertura de robo	128	6,82
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	61	3,25
Otras materias	61	3,25
Solicitud de devolución de prima no consumida	33	1,76
Aumento de prima	32	1,70
Declaración del riesgo al firmar el contrato	25	1,33
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	24	1,28
TOTAL	1.877	36,85

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Rechazo del siniestro	221	74,66
Disconformidad con la valoración de la indemnización	45	15,20
Otras materias	12	4,05
Retraso en el pago o en la tramitación de indemnización	11	3,72
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	7	2,36
TOTAL	296	5,81

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Rechazo del siniestro	251	78,19
Disconformidad con la valoración de la indemnización	36	11,21
Otras materias	26	8,10
Retraso en el pago o en la tramitación de la indemnización	8	2,49
TOTAL	321	6,30

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Rechazo del siniestro	452	76,09
Disconformidad con la valoración de la indemnización	94	15,82
Otras materias	34	5,72
Retraso en el pago o en la tramitación de indemnización	14	2,36
TOTAL	594	11,66

RAMO 18.- ASISTENCIA	Nº	%
Rechazo del siniestro	108	58,70
Disconformidad con la prestación	63	34,24
Otras materias	13	7,07
TOTAL	184	3,61

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	49	37,98
Aumento de prima	34	26,36
Otras materias	30	23,26
Discrepancia en el capital asegurado	8	6,20
Declaración del riesgo al firmar el contrato	8	6,20
TOTAL	129	2,53

TODOS LOS RAMOS		
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2017	5.092	100,00%

Las reclamaciones están agrupadas por ramos o agrupación de ramos: vida, accidentes, enfermedad y asistencia sanitaria, vehículos terrestres (incluyendo la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor), incendio y elementos naturales y otros daños a

los bienes, responsabilidad civil general, pérdidas pecuniarias diversas, defensa jurídica, asistencia, y en último lugar, decesos.

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

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

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

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

En el año 2017 el principal motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida**, más de un 25%, deriva principalmente del rehúse del siniestro por parte de la aseguradora, principalmente relacionado con las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador, previa 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. Para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada por la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras deben ser igualmente conscientes del valor de los cuestionarios de salud, pues permiten seleccionar y valorar adecuadamente los riesgos antes de la contratación.

El segundo de los motivos por su importancia deriva de desacuerdos en la aplicación e interpretación de los contratos. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados en nuestro mercado asegurador, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje 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 y si el mismo se adecúa a sus necesidades o preferencias.

El tercer motivo de reclamación tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación de los seguros. Los reclamantes se quejan de la deficiente información recibida, e incluso manifiestan total discordancia entre lo que solicitaron a la entidad aseguradora o la propuesta de ésta, y lo finalmente contratado. Una adecuada redacción de los contratos no es suficiente en productos complejos de vida, como pueden ser aquellos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o seguros cuyo valor está referenciado al valor de unos activos financieros; la oferta de este tipo de productos requiere de un asesoramiento adecuado y profesional del mediador o de la entidad aseguradora que los comercialicen. En este sentido, es fundamental incidir en la formación y capacitación de quienes ofrecen en el mercado estos seguros.

En el **ramo de accidentes** el 48,26% de las reclamaciones resueltas tiene que ver con la negativa de la entidad a abonar el importe de la indemnización, por no darse la situación de incapacidad en los términos previstos en la póliza.

El segundo motivo de reclamación se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que suele depender del baremo previsto en la póliza.

El rehúse del siniestro constituye el principal motivo de reclamación en el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, destacando 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.

El segundo motivo se refiere a los casos en los que se discute sobre si los tratamientos realizados con nuevas técnicas que se van incorporando a la práctica habitual de la medicina y que no existían en la fecha en que se contrató la póliza, están incluidos o no dentro de las prestaciones garantizadas de acuerdo con la redacción de los contratos. Es frecuente encontrar discrepancias sobre si, no estando cubierto un tratamiento médico determinado, la exclusión se extiende o no, al resto de pruebas y consultas médicas que lleva aparejado dicho tratamiento médico.

En el **seguro de decesos** destacan las reclamaciones derivadas de 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.).

En segundo lugar destacan las discrepancias surgidas por 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 125 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras. Así, y entre otras exigencias, la nota informativa previa debe incluir un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance los noventa años.

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, el asunto más destacado tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad, generalmente por no quedar acreditada la responsabilidad del presunto responsable o por no coincidir los hechos declarados por el asegurado con las comprobaciones realizadas por la entidad. Si se trata del seguro de responsabilidad civil obligatoria, en estos expedientes el Servicio de Reclamaciones comprueba que la entidad cumple con los requisitos de emitir una respuesta motivada conforme a la normativa vigente.

También son frecuentes las reclamaciones que tienen que ver con la disconformidad con la valoración de los daños por parte de la entidad.

En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** el asunto más destacado, 38,20%, es, de nuevo, el rehúse del siniestro por parte de la entidad, que suele tener que ver con que el origen de los daños, en opinión de la compañía, no resulta cubierto por la póliza.

En segundo lugar se encuentran las reclamaciones derivadas de la disconformidad del asegurado con el importe ofrecido como indemnización por la entidad.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, el 74,66% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen se encuentra en la falta de claridad en la redacción de los contratos, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial.

El 15,20% de las reclamaciones de este ramo se refieren a discrepancias en la valoración de los daños y perjuicios.

En el **ramo de pérdidas pecuniarias diversas**, el asunto que genera mayor número de reclamaciones, el 78,19%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de las entidades. Y en segundo lugar, la disconformidad del asegurado con el importe ofrecido por la aseguradora.

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

En el **ramo de defensa jurídica** el motivo de reclamación más numeroso, 76,09%, es el rehúse del siniestro, que tiene que ver con la diferente interpretación que hacen las partes de las cláusulas del contrato, y en segundo lugar la discusión sobre los honorarios de los abogados y procuradores designados libremente por los asegurados.

En el **ramo de asistencia** la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, un 58,70%, y en segundo lugar la disconformidad del asegurado con la prestación del servicio de asistencia. La mayoría de las reclamaciones de este ramo provienen de una categoría concreta de estos seguros, los de asistencia en viaje, comercializados, a distancia o no, a través de agencias de viajes, en los que se entrega generalmente tan sólo un extracto de las condiciones generales del contrato por lo que los asegurados desconocen el contenido exacto del mismo.

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

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

CUADRO VII.2
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2017 CLASIFICADAS POR RAMOS
ATENDIENDO A SU FORMA DE TERMINACION

RAMO	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	1.877	213	119	332	17,69	599	31,91	952	50,71
RAMOS 3 Y 10 VEHICULOS TERRESTRES	692	125	74	199	28,76	252	36,42	240	34,68
RAMO 17 DEFENSA JURIDICA	594	45	299	344	57,91	150	25,25	100	16,84
RAMO 2 ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	491	72	114	186	37,88	192	39,10	111	22,61
RAMO 0 VIDA	336	76	84	160	47,62	95	28,27	81	24,40
RAMO 16 PERDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	321	35	24	59	18,38	181	56,39	81	25,23
RAMO 13 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	296	28	51	79	26,69	40	13,51	177	59,80
RAMO 18 ASISTENCIA	184	16	26	42	22,83	85	46,20	57	30,98
RAMO 1 ACCIDENTES	172	13	28	41	23,84	80	46,51	49	28,49
RAMO 19 DECESOS	129	19	28	47	36,43	61	47,29	20	15,50
TOTAL	5.092	642	847	1.489	29,25	1.735	34,07	1.868	36,68

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2017.

CUADRO VIII
CONSULTAS RESUELTAS EN 2017 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA

MATERIA	Nº	%
Información sobre normativa general de contrato de seguro	25	46,30
Información sobre seguros de daños	14	25,93
Información sobre seguro de vida	8	14,81
Información sobre otras materias	7	12,96
TOTAL	54	100,00

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 2017 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

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

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

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

Este año no se incluye en esta memoria el cuadro que ofrece información sobre los expedientes de queja resueltos en el año por haberse resuelto sólo uno, que versaba sobre la desatención en la tramitación de un siniestro.

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, define las quejas, diferenciándolas de las reclamaciones (en las que lo que se pretende es la restitución de un derecho o una reparación económica) como aquellos escritos presentados por los usuarios de servicios financieros por las demoras, desatenciones o cualquier

otro tipo de actuación deficiente que se observe en el funcionamiento de las entidades financieras contra las que se formula la queja.

El número de quejas se ha ido reduciendo a lo largo de estos años, debido fundamentalmente a que en los escritos de reclamación es habitual que conjuntamente con la misma se formule una queja 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 la solicitud principal es la reparación o restitución de un derecho o una pretensión de carácter económico.

El cuadro IX.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas durante el año 2017. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2017, el total de reclamaciones presentadas en el año 2016, 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 IX.1
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO
DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN 2017

DENOMINACIÓN	TOTAL 2017	TOTAL 2016	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	614	599	15	2,50	0,1365
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	386	377	9	2,39	0,1225
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	332	352	-20	-5,68	0,1480
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	330	300	30	10,00	0,4138
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	273	388	-115	-29,64	0,1668
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	270	320	-50	-15,63	0,1924
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	238	244	-6	-2,46	0,1742
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	193	232	-39	-16,81	0,0542
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	174	146	28	19,18	0,0939
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	167	159	8	5,03	0,4464
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	152	162	-10	-6,17	0,1555
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	150	172	-22	-12,79	0,1960
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	127	122	5	4,10	0,1487
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	120	134	-14	-10,45	0,1119
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	111	110	1	0,91	0,2731
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	102	106	-4	-3,77	0,1266
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	98	119	-21	-17,65	VER NOTA
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	96	66	30	45,45	0,0099
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	95	92	3	3,26	0,0749
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	88	111	-23	-20,72	0,0680
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	79	87	-8	-9,20	0,2452
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	56	17	30,36	0,4336
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	63	50	13	26,00	0,1228
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	63	62	1	1,61	0,0993
ARAG SE SUC.ESPAÑA	62	58	4	6,90	VER NOTA

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2017.
- Respecto a las entidades Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, y Arag SE Suc.España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados 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.

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

CUADRO IX.2
ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DE RECLAMACIONES EN 2017 EN
RELACIÓN AL VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS

ENTIDADES	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2017	RATIO RECLAMACIONES
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	36	32.285.025	1,1151
VERTI ASEGURADORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	53	74.806.310	0,7085
CAJAMAR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	37	54.376.568	0,6804
NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA	18	29.284.821	0,6147
NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	20	33.934.371	0,5894
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.U.	15	27.593.056	0,5436
LEGALITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	16	32.658.045	0,4899
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	43	89.991.078	0,4778
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	48	106.879.177	0,4491
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	167	374.107.099	0,4464
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	168.355.175	0,4336
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	330	797.422.437	0,4138
MM HOGAR SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS	32	58.454.489	0,5474
SEGUROS LAGUN ARO, S.A.	37	117.664.832	0,3145
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	42	138.014.243	0,3043
LA FE PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.	12	40.635.051	0,2953
PREVISORA BILBAINA SEGUROS, S.A.	12	42.760.022	0,2806
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	111	406.489.899	0,2731
FENIX DIRECTO, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	19	70.841.297	0,2682
RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	52	209.070.157	0,2487
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	79	322.134.447	0,2452
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	150	765.190.650	0,1960
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	270	1.403.602.496	0,1924
PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	11	60.141.137	0,1829
LIBERBANK VIDA Y PENSIONES, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	11	61.655.081	0,1784

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2017.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2017. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2017 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 2017. En las columnas de primas devengadas y número de reclamaciones se indica entre paréntesis el orden que ocupa la entidad atendiendo a cada una de las magnitudes.

CUADRO IX.3
ASEGURADORAS CON MAYOR VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS EN 2017 EN
RELACIÓN CON EL NÚMERO DE RECLAMACIONES

ENTIDADES	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2017	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	797.422.437 (24)	330 (4)	0,4138
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	765.190.650 (25)	150 (12)	0,1960
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	1.403.602.496 (11)	270 (6)	0,1924
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.366.380.610 (13)	238 (7)	0,1742
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.636.936.760 (8)	273 (5)	0,1668
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	977.795.956 (20)	152 (11)	0,1555
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	853.952.103 (22)	127 (13)	0,1487
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.243.995.343 (6)	332 (3)	0,1480
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4.496.913.557 (2)	614 (1)	0,1365
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	805.626.008 (23)	102 (16)	0,1266
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.151.350.700 (4)	386 (2)	0,1225
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.072.224.617 (19)	120 (14)	0,1119
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.853.485.189 (7)	174 (9)	0,0939
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.268.861.978 (15)	95 (19)	0,0749
SANTAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.294.717.235 (14)	88 (20)	0,0680
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.561.409.220 (3)	193 (8)	0,0542
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	1.506.112.744 (9)	52 (28)	0,0345
MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA	1.455.132.964 (10)	45 (34)	0,0309
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL	1.101.166.045 (18)	30 (44)	0,0272
UNICORP VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	763.660.025 (26)	17 (61)	0,0223
IBERCAJA VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.147.555.132 (17)	12 (71)	0,0105
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	973.053.328 (25)	10 (81)	0,0103
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	9.664.105.140 (1)	96 (18)	0,0099
BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.669.353.732 (5)	20 (50)	0,0075
MAPFRE GLOBAL RISKS, COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.257.315.133 (16)	1 (140)	0,0008

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2017.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2017, ordenadas en función del ratio del número de reclamaciones presentadas en relación con el número de pólizas.

CUADRO IX.4
ASEGURADORAS CON MAYOR RATIO DEL NÚMERO DE RECLAMACIONES
PRESENTADAS EN 2017 EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PÓLIZAS

ENTIDADES	RECLAMACIONES	NÚMERO PÓLIZAS	RATIO RECLAMACIONES/ NÚMERO PÓLIZAS
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	464.005	0,015732589
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	111	1.091.250	0,010171821
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	79	856.974	0,009218483
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	63	725.937	0,008678439
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	332	3.992.173	0,008316273
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	167	2.113.009	0,007903421
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	150	1.898.372	0,007901507
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	88	1.169.553	0,007524242
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	270	3.768.731	0,007164215
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	330	4.647.984	0,007099852
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	273	4.252.298	0,006420058
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	386	6.418.791	0,006013594
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	120	2.045.851	0,00586553
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	63	1.279.568	0,004923537
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	614	14.520.345	0,00422855
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	102	2.609.029	0,0039095
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	174	4.562.062	0,003814065
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	193	5.300.561	0,003641124
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	127	3.690.564	0,003441208
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	238	7.271.299	0,003273143
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	152	6.930.119	0,002193325
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	96	4.721.973	0,002033048
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	95	10.709.850	0,000887034
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	98	0	VER NOTA.
ARAG SE SUC.ESPAÑA	62	0	VER NOTA.

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2017.
- Respecto a las entidades Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, y Arag SE Suc. España no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En el siguiente cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 25 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2017 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2017 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2017, independientemente de que estos expedientes al término del año 2017 estuviesen resueltos o no.

CUADRO X
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2017 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	484	58	58	116	23,97	174	35,95	194	40,08
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	295	30	59	89	30,17	110	37,29	96	32,54
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	290	19	54	73	25,17	81	27,93	136	46,90
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	277	38	52	90	32,49	83	29,96	104	37,55
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	244	22	19	41	16,80	77	31,56	126	51,64
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	216	54	33	87	40,28	50	23,15	79	36,57
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	161	17	21	38	23,60	52	32,30	71	44,10
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	157	18	25	43	27,39	61	38,85	53	33,76
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	153	12	17	29	18,95	53	34,64	71	46,41
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	145	23	26	49	33,79	61	42,07	35	24,14
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	110	6	25	31	28,18	34	30,91	45	40,91
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	109	6	14	20	18,35	39	35,78	50	45,87
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	103	25	18	43	41,75	35	33,98	25	24,27

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	93	9	16	25	26,88	21	22,58	47	50,54
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	88	12	28	40	45,45	21	23,86	27	30,68
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	85	7	19	26	30,59	26	30,59	33	38,82
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	84	4	9	13	15,48	35	41,67	36	42,86
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	76	10	19	29	38,16	24	31,58	23	30,26
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	74	10	22	32	43,24	31	41,89	11	14,86
ARAG SE SUC.ESPAÑA	67	6	8	14	20,90	41	61,19	12	17,91
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	66	5	12	17	25,76	29	43,94	20	30,30
AWP P&C SUCURSAL EN ESPAÑA	54	7	2	9	16,67	37	68,52	8	14,81
BILBAO, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	46	2	9	11	23,91	11	23,91	24	52,17
RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	46	5	6	11	23,91	11	23,91	24	52,17
AIG EUROPE LIMITED SUC.ESPAÑA	46	10	6	16	34,78	16	34,78	14	30,43

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

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

3. MEDIACIÓN

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

Este cuadro ofrece información sobre el número de reclamaciones presentadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2017 y su variación con respecto al año anterior.

CUADRO XI
EVOLUCION MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN 2017

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	7	6	13
Febrero	9	2	11
Marzo	12	6	18
Abril	9	3	12
Mayo	7	5	12
Junio	5	0	5
Julio	3	4	7
Agosto	2	3	5
Septiembre	9	4	13
Octubre	9	0	9
Noviembre	5	6	11
Diciembre	4	2	6
TOTAL 2017	81	41	122
TOTAL 2016	124	38	162
DIFERENCIA	-43	3	-41
% VARIACION	-34,68	10,81	-25,31

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

CUADRO XII
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS EN 2017
CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia durante la duración del contrato fue inexistente o deficiente	40	58,82
El mediador recibe cantidades (del cliente o la entidad) que no llegan al destinatario	18	26,47
Otros motivos	10	14,71
AÑO 2017	68	100,00

En el siguiente cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2017 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

CUADRO XIII. 1
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN 2017

MEDIADORES	NÚMERO	%
SOCIEDAD DE PREVISIÓN BANCARIA IBERIA, CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	19	41,30
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	15	32,61
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	12	26,09

En el cuadro XIV.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2017 por el Servicio de Reclamaciones.

CUADRO XIII. 2
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2017 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	%				
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	11	2	2	4	36,36	2	18,18	5	45,46
INTERMUNDIAL XXI, S.L.	10	1	7	8	80	2	20,00	0	0
SOCIEDAD DE PREVISIÓN BANCARIA IBERIA, CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	8	4	3	7	87,5	0		1	12,50

4. PLANES DE PENSIONES

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

Respecto de 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 se dirigen contra la actuación de entidades gestoras de fondos de pensiones.

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

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

1.1. Expedientes presentados durante el año

El cuadro XIV proporciona información sobre el total de expedientes de reclamación relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual y planes de previsión asegurados, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria formuladas por particulares, presentados durante el año 2017 y clasificados por meses.

CUADRO XIV.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES PRESENTADOS EN 2017

PERIODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	5	2	2	0	9
Febrero	9	2	10	0	21
Marzo	15	1	5	0	21
Abril	12	2	7	0	21
Mayo	8	3	6	1	18
Junio	9	5	3	1	18
Julio	14	5	4	1	24
Agosto	16	2	4	0	22
Septiembre	12	0	1	1	14
Octubre	13	1	6	1	21
Noviembre	4	2	7	0	13
Diciembre	5	2	2	0	9
TOTAL 2017	122	27	57	5	211
TOTAL 2016	127	41	58	7	233
DIFERENCIA	-5	-14	-1	-2	-22
% VARIACION	-3,94	-34,15	-1,72	-29	-9,44

Este cuadro clasifica los expedientes presentados distinguiendo entre admitidos y no admitidos, siendo estos últimos aquellos que no cumplieron los requisitos previstos en la normativa aplicable para la apertura de un procedimiento de queja, reclamación o consulta, entre los que cabe destacar la necesidad de acreditar la interposición, de forma previa, de la correspondiente reclamación ante el Defensor del partícipe de los planes de pensiones, o bien ante el Servicio de Atención al Cliente, o Defensor del asegurado, en su caso, cuando se trate de planes de previsión asegurados.

A estos efectos, el Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que en el documento o boletín de adhesión mediante el cual se formaliza la contratación del plan de pensiones, debe informarse, entre otros aspectos, sobre las instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, precisando la denominación y domicilio del citado Defensor, así como indicarse el lugar y forma en que el partícipe puede acceder en cualquier momento al Reglamento de funcionamiento del Defensor del Partícipe. En el caso de los planes de previsión asegurados, la Resolución de 20 de octubre de 2008, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen planes de previsión asegurados, establece que antes de la celebración del contrato se hará entrega al tomador de una nota informativa en la cual habrán de figurar, entre otros extremos, los datos correspondientes al Departamento de Atención al Cliente y, en su caso, del Defensor del Asegurado.

1.2 Motivos de reclamación

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2017 por el Servicio de Reclamaciones, con la colaboración de la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones, en materia de planes de pensiones individuales y planes de previsión asegurados, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

**CUADRO XV.
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2017 CLASIFICADAS POR ASUNTOS**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Información, comercialización y publicidad	27	23,89
Prestaciones: importe, plazos y fiscalidad	26	23,01
Movilización de derechos consolidados	22	19,47
Beneficiarios por fallecimiento	10	8,85
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	6	5,31
Otros	6	5,31
Desacuerdo importe derechos consolidados	8	7,08
Fiscalidad	4	3,54
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, jubilación parcial...)	2	1,77
Límites de aportación	1	0,88
Planes de previsión asegurados	1	0,88
TOTAL	113	100

En el año 2017 el principal motivo de reclamación se refiere a cuestiones relativas a la información suministrada al partícipe tanto en el momento de la contratación, como el asesoramiento posterior recibido, apreciándose un incremento de su importancia relativa respecto al ejercicio 2016. El segundo motivo de reclamación afecta al importe de la prestación, el asesoramiento recibido al solicitar su cobro o el plazo empleado por la entidad para su abono, representando un 23,01% respecto del total. Las discrepancias que giran en torno a las operaciones de movilización de derechos consolidados constituyen el tercer motivo a destacar, con un 19,47% del total de reclamaciones resueltas. Le siguen por su importancia cuantitativa las reclamaciones resueltas que afectan a las pretensiones de beneficiarios por fallecimiento, supuestos excepcionales de liquidez, desacuerdos con la evolución experimentada por los derechos consolidados, la tributación de las prestaciones o el destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, entre otros.

1º Información, comercialización y publicidad

El principal motivo de reclamación durante el año 2017 ha sido el relativo a la comercialización de los planes de pensiones y la publicidad realizada sobre los mismos. Este tipo de reclamaciones representaron en el 2017 el 23,89% del total de reclamaciones, frente al 17,52 % en el 2016. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan de pensiones, especialmente cuando la vocación inversora del fondo de pensiones no corresponde con las expectativas de rentabilidad y riesgo del partícipe.

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

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

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

Adicionalmente, durante la vigencia del contrato las entidades gestoras deben remitir semestralmente a los partícipes y beneficiarios información relativa, entre otros aspectos, a la evolución y situación de sus derechos consolidados, la situación de los activos del fondo, los costes y la rentabilidad obtenida. Dicha información se encuentra a disposición de los partícipes y beneficiarios con carácter trimestral.

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

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

2º Prestaciones: importe, plazos y fiscalidad

El segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2017 se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto del importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones, representando un 23% del total de reclamaciones resueltas, frente al 22,63% en el 2016.

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

El Reglamento de planes y fondos de pensiones dispone que, cuando la prestación adopte la forma de capital inmediato, éste deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que se presentase la documentación completa correspondiente. Así, se entiende por fecha de solicitud, a efectos del cumplimiento de los plazos reglamentariamente establecidos, aquella en la que se haya completado la totalidad de la documentación correspondiente.

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

3º Movilización de derechos consolidados

Las reclamaciones tramitadas en relación con la movilización de derechos consolidados constituyen el tercer motivo de reclamación, representando un 19,47% respecto del total de reclamaciones resueltas, frente al 18,25% en el 2016.

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

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

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

Por último, cabe destacar la falta de diligencia observada en la actuación de algunas entidades gestoras y comercializadoras, que ante cualquier incidencia habida durante la tramitación de la solicitud no han adoptado las medidas adecuadas para tratar de resolverla en el menor plazo posible y permitir la consecución de la operación en interés del partícipe, demorando de forma injustificada el traspaso.

4º Beneficiarios por fallecimiento

Las reclamaciones tramitadas sobre este asunto en el año 2017 representaron un 8,85% del total de reclamaciones resueltas, frente al 8,03% a que ascendieron en 2016. Se observa, por tanto, que la importancia relativa de estas reclamaciones se mantiene respecto del ejercicio anterior.

Las reclamaciones presentadas ponen de manifiesto discrepancias en cuanto al reconocimiento de la condición de beneficiario cuando no ha quedado acreditada la voluntad del partícipe fallecido respecto de sus planes de pensiones. En estos casos, el Servicio de Reclamaciones ha manifestado en sus informes que en los supuestos que suscitan dudas sobre la voluntad de personas fallecidas respecto de sus planes de pensiones, este Centro directivo consideraría admisible que la prestación del mismo se asigne conforme al derecho sucesorio y, en su caso, en favor del heredero o herederos testamentarios.

5º Desempleo de larga duración y enfermedad grave

Otro de los motivos destacable desde un punto de vista cuantitativo es el relativo a las solicitudes de rescate por alguno de los supuestos excepcionales de liquidez previstos en la normativa. Las reclamaciones tramitadas sobre este asunto en el año 2017 representaron un 5,31% del total de reclamaciones resueltas, frente al 8,03% a que ascendieron en 2016.

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

En relación al plazo para el abono de los derechos consolidados, cabe señalar que el artículo 10.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones dispone que en caso de cobro en forma de capital, los derechos consolidados deben ser abonados dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que el partícipe presente la documentación acreditativa correspondiente.

6º Otros motivos

Por último, resultan destacables las reclamaciones presentadas sobre asuntos tales como la posible pignoración de los derechos consolidados en un plan de pensiones, la evolución negativa experimentada por los derechos consolidados, el destino de las aportaciones realizadas tras la jubilación, el régimen especial de personas con discapacidad, las presentadas por partícipes que no pueden acceder a jubilación en Seguridad Social o las referidas a la contingencia de incapacidad permanente.

1.3. Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2017 se han resuelto 59 consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria formuladas por particulares, de las cuales 47 fueron presentadas en el mismo año, y 12 se presentaron en 2016. En cuanto a los principales temas que han sido objeto de consulta a este Servicio, destacan las cuestiones relativas al régimen de incompatibilidades entre aportaciones y prestaciones, el embargo de los derechos

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

1.4. Entidades reclamadas

Este cuadro recoge la clasificación de las cinco entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de **reclamaciones presentadas** durante el año 2017.

**CUADRO XVI.
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN
2017**

NOMBRE DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	%PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	23	18,85%	23,63%
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	19	15,57%	11,18%
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	17	13,93%	18,12%
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, S. A. U. E.G.F.P	13	10,66%	4,76%
BANKIA PENSIONES, S. A., E.G.F.P	5	4,10%	7,10%
	77	63,11%	65%

NOTA:

-Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 31/12/2017.

El cuadro detalla el número total de reclamaciones presentadas contra cada una de estas entidades, el porcentaje que representa sobre el total de reclamaciones de planes de pensiones presentadas en el Servicio de Reclamaciones y, por último, se indica la cuota de mercado por patrimonio gestionado en el sistema individual que le corresponde a cada una de estas entidades.

En el ejercicio 2017 observamos que la entidad Vida Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros que encabeza el cuadro de reclamaciones presentadas es también la entidad gestora que mayor patrimonio gestiona en el sistema individual, de acuerdo con los datos obtenidos a partir de la Documentación estadístico contable que las entidades gestoras deben remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Le siguen a continuación por número de reclamaciones recibidas Santander Pensiones S.A., BBVA Pensiones S.A. y Allianz Popular Pensiones, S.A.U., apreciándose en el caso de Santander Pensiones S.A. y Allianz Popular Pensiones S.A.U. el porcentaje de reclamaciones presentadas es superior a la cuota de mercado por patrimonio gestionado en el sistema individual, mientras que en el caso de BBVA Pensiones S.A. y Bankia Pensiones S.A. la cuota de mercado por patrimonio gestionado supera al porcentaje de reclamaciones recibidas.

Por otra parte, en el cuadro XX se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 5 entidades gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, durante 2017 por el Servicio de Reclamaciones.

CUADRO XVII
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2017
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	Total	%				
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	23	3	7	10	43,48	11	47,83	2	8,70
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	16	1	3	4	25,00	8	50,00	4	25,00
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	12	0	5	5	41,67	6	50,00	1	8
BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.	8	0	2	2	25,00	6	75,00	0	0
BANKIA PENSIONES, S. A., E.G.F.P	6	0	1	1	16,67	4	66,67	1	17

Este cuadro relaciona las cinco entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2017 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior que comprende las entidades con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2017, con independencia de que estos expedientes estuvieran resueltos o no al término de dicho año.

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

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

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

El cuadro XVIII ofrece información sobre la actividad desarrollada por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones a lo largo del ejercicio 2017, en materia de reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas realizadas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

CUADRO XVIII.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE PLANES DE EMPLEO, SEGUROS COLECTIVOS
DE EXTERIORIZACIÓN DE COMPROMISOS POR PENSIONES, PLANES DE PREVISIÓN
SOCIAL EMPRESARIAL Y CONSULTAS NO FORMULADAS POR PARTICULARES,
PRESENTADOS Y RESUELTOS EN 2017

TIPO	TOTAL PRESENTADAS	TOTAL RESUELTAS
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	54	63
Consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares	42	34
TOTAL 2017	96	97
TOTAL 2016	93	92
DIFERENCIA	3	5
% VARIACION	3,23	5,43

El total de expedientes **presentados** en el periodo de referencia se eleva a 96, de los cuales aproximadamente un 56% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y un 44% se refiere a consultas de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, Administraciones públicas, Comisiones de Control u otras entidades con personalidad jurídica.

Continuando con el desarrollo del cuadro, del análisis de las reclamaciones presentadas destacan, por su relevancia cuantitativa, las reclamaciones formuladas por desacuerdos con el importe de la prestación, por discrepancias surgidas en relación con la interpretación de las especificaciones de un plan de empleo o de las cláusulas de un contrato de seguro colectivo, las relativas a operaciones de movilización de derechos consolidados o las referidas al anticipo de la prestación de jubilación, entre otras.

Análogamente, del análisis de los temas más habituales sobre los cuales versan las consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no formuladas por particulares, destacan la fecha de acaecimiento de la contingencia a considerar a efectos de la aplicación de la Disposición transitoria duodécima de la Ley 35/2006 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y la valoración de los derechos consolidados y económicos de los partícipes en la jubilación.

En total, durante el año 2017 se **resolvieron** 97 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2017 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 63 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 34 son consultas que fueron realizadas por empresas, entidades gestoras, Administraciones públicas, comisiones de control, etc.

5. UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

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

Los cuadros que se muestran a continuación resumen la actividad realizada por esta Unidad durante el año 2017.

CUADRO XIX
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
EN 2017

Tipo	AÑO 2017
Telefónico	25.650
Presenciales	770
TOTAL	26.420

Además, y aunque el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico, cuando los ciudadanos se dirigen al mismo por este medio se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2017 se han recibido y contestado un total 2.600 correos electrónicos.

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

CUADRO XX
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
EN 2017 CLASIFICADAS POR ASUNTOS

RAMO	%
Estado/acceso de expediente	21
Información sobre normativa general	21
Otros asuntos	17
Información sobre cómo reclamar	16
Otros seguros	7
Seguros de daños/patrimoniales	5
Seguros de personas	5
Vehículos	5
Decesos	3
TOTAL	100,00

Como puede observarse, del total de consultas recibidas, el 21% se referían a cuestiones relativas a expedientes ya en tramitación en el Servicio de Reclamaciones. Con el mismo porcentaje se sitúan las consultas sobre normativa general de seguros.

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.

El cuadro XXI contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2017.

CUADRO XXI
QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN 2017

	NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS				NÚMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES RESUELTAS			
	SAC (a)	DEFENSOR		TOTAL (a+c)	ESTIMADAS	DESESTIMADAS	OTROS	TOTAL
		PROCEDENTES SAC (b)	RECIBIDAS DIRECTAS (c)					
TOTAL GENERAL	99.316	5.091	2.878	102.194	35.497	50.148	9.785	95.430

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 2017, 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 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 2017 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2017 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2017 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 102.194.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2017 ha sido de 95.430, de las cuales un 37,20% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 52,55% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 10,25% de las reclamaciones la entidad no emitió un pronunciamiento expreso estimando o no la pretensión del interesado por diferentes causas (desistimiento del reclamante, remisión a tribunales, trámite pericial).

El cuadro XXII ofrece información sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos y servicios de atención del cliente y los defensores del cliente de las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones de seguros presentadas ante el Servicio de Reclamaciones durante 2017, ordenadas en función del porcentaje de quejas y reclamaciones recibidas por los servicios de atención al cliente y defensores del cliente que posteriormente se presentan como reclamaciones de seguros en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
SEGUACAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	844	193	22,87
BILBAO, COMPAÑÍA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	385	63	16,36
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.013	111	10,96
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.670	150	8,98
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4.708	386	8,20
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.256	102	8,12
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.479	120	8,11
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	4.210	332	7,89
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.398	174	7,26
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	5.600	330	5,89
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	2.669	152	5,70
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.760	96	5,45
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	2.373	127	5,35
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.659	88	5,30

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	2.111	95	4,5
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	4.946	270	4,46
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	13.859	614	4,43
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.662	73	4,39
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	4.309	167	3,88
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	7.360	273	3,71
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	6.831	238	3,48
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	2.742	79	2,88
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	4.347	63	1,45
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	VER NOTA	98	VER NOTA
ARAG SE SUC.ESPAÑA	VER NOTA	62	VER NOTA

NOTA:

- Respecto a las entidades *Zurich Insurance PLC*, *Sucursal en España* y *ARAG SE Suc. España* no se reflejan los datos, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a 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 2017, 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 2017 se destaca la importancia de una redacción clara y precisa de los condicionados. Además, se sigue subrayando la necesidad de una mayor transparencia en la actuación de las entidades con sus clientes, en especial en todo lo relacionado con la justificación de los importes ofrecidos en concepto de indemnización.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluyen cuatro casos de seguros de vida en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, conocidos también como unit linked. En

los tres primeros no se identifican, en los contratos, los activos financieros en los que se invierte la prima, aunque cada uno de ellos tiene una casuística diferente. La conclusión es la misma en todos, al tratarse de un incumplimiento del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro. En el cuarto, sin embargo, aunque se indica en la póliza la inversión financiera, no se aplica correctamente la cláusula para el caso del ejercicio del derecho de rescate por el tomador.

Asimismo, se publican en el mismo apartado dos casos, uno relativo a un seguro de decesos y otro, a uno de asistencia sanitaria. En ambos, la entidad no había preguntado en el cuestionario de salud realizado de manera previa a la contratación, por determinados factores de riesgo que pretendía excluir.

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

En conexión con este régimen de respuesta motivada se incluye un caso de conflicto de intereses, por ser la misma aseguradora la de los dos vehículos involucrados en un accidente de circulación.

En esta materia de seguro obligatorio de automóviles, la Guía de buenas prácticas para la aplicación del baremo de autos, en cuya preparación participan representantes de los principales sectores interesados, constituye una referencia útil, en la medida en que supone un instrumento de fomento de la colaboración, la buena fe y la transparencia en la aplicación de esta normativa.

Se publican además, en el apartado de seguros de daños, un caso referido a la aplicación de la normativa de servicios de pago, otro que versa sobre la inoponibilidad al perjudicado, en un seguro de responsabilidad civil, de la falta de diligencia en la conducta del asegurado y un supuesto de seguro de defensa jurídica en el que una cláusula del contrato limita la libre elección de abogado por parte del asegurado.

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

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

A continuación se indican los casos objeto de publicación en 2017.

CUADRO XXIII
RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2017

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

1. Seguros

TIPO SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO:
Discrepancia en el importe obtenido al vencimiento de un seguro unit linked.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que las cláusulas que regulaban el importe a obtener al vencimiento del contrato, vulneraban lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Las entidades aseguradoras deben hacer un ejercicio de transparencia en productos especialmente complejos como los unit linked para que, quienes los adquieren, conozcan desde el principio los derechos y obligaciones emanados de los mismos.

1/2017. Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el importe de la indemnización al vencimiento de un contrato de seguro de vida.

El reclamante mostraba su disconformidad con los intereses abonados por la entidad aseguradora al vencimiento de su contrato de seguro de vida. Se quejaba de haber solicitado a la compañía información sobre los cálculos efectuados sin que esta los hubiera justificado.

La entidad alegaba que el reclamante había contado en todo momento con la información necesaria y que ya se le había indicado que el cupón pactado en el contrato era del 25% y que lo que le hubiera correspondido eran 7.500 euros frente a los 7.576,82 abonados finalmente.

El producto contratado era de la modalidad unit linked y, conforme a las condiciones de la póliza aportada, se establecía “un periodo de rentabilidad” que comenzaba 23 días más tarde de la fecha de aportación de la prima única, en este caso de 30.000 €. No se indicaba qué rendimiento se otorgaba en ese periodo anterior al denominado “periodo de rentabilidad”.

Respecto al rendimiento a partir de esa fecha, se indicaba que la cartera de inversiones (no la prima única) invertía en un depósito emitido por un banco determinado, por lo que la garantía y el rendimiento lo ofrecía esta entidad. La garantía se definía como la devolución del 100% del “capital” a los cinco años y tres meses, salvo en caso de ejercicio del derecho de recate (que en este caso no había ocurrido). El rendimiento se definía de la manera siguiente: la remuneración ofrecida por la “cartera de inversiones” consistirá en el pago de un cupón fijo del 25% neto de los gastos aplicados al producto, en la fecha de vencimiento. A continuación se indicaba que el cupón fijo se calcularía aplicando la fórmula: $I \times r$, donde I es el importe acumulado en la cartera denominada “Estructura Máxima” y r es el 25%.

En el informe emitido por el Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que, ni en las cláusulas citadas en los párrafos precedentes, ni a lo largo de la documentación contractual, se indicaba el activo/activos que integraban la denominada cartera “Estructura Máxima”. El valor de estos activos era el que debería capitalizarse al 25% según la póliza. De hecho, la cantidad entregada a vencimiento del denominado “periodo de rentabilidad” como bien alegaba la entidad, había sido de 7.576,82 euros, cantidad superior a los 7.500 que, sin detracer los gastos, se correspondería con el rendimiento del 25% garantizado, si este se calculara sobre el importe íntegro de la prima abonada. El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cantidad a capitalizar, según se desprendía de la redacción del contrato, era el valor de esa cartera de inversiones, que en ningún momento se identificaba, deducidos los gastos, importe este que tampoco se especificaba en el contrato.

Por todo lo expuesto, se indicaba en el informe que no era posible, para el tomador de este seguro, calcular el cupón fijo, por lo que se entendía incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro que exige que las cláusulas de un contrato sean claras y precisas.

TIPO SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO:
Discrepancia en el importe
obtenido al vencimiento de
un seguro unit linked.

INFORME FINAL:
El Servicio de
Reclamaciones consideró
que las cláusulas que
regulaban el importe a
obtener al vencimiento del
contrato, vulneraban lo
previsto en el artículo 3 de
la Ley de Contrato de
Seguro.

CONCLUSIÓN:
Las entidades
aseguradoras deben hacer
un ejercicio de
transparencia en
productos especialmente
complejos como los unit
linked para que, quienes
los adquieren, conozcan
desde el principio los
derechos y obligaciones
emanados de los mismos.

2/2017. Ejercicio del derecho de rescate cuando no se identifican los activos financieros en los que se invierte la prima única de un seguro de vida.

El reclamante exponía en su escrito que había contratado un seguro unit linked con una inversión inicial de 50.000 euros y vencimiento tres años. Trascurrido un año de la contratación ejerció su derecho de rescate de manera parcial por importe de 45.000 euros. Llegado el vencimiento la compañía no le abona los 5.000 euros que entendía le correspondían, sino un importe sensiblemente inferior.

La entidad alegaba que en el rescate parcial del producto se produjeron pérdidas derivadas de la fluctuación del valor de mercado que en ese momento era inferior al 100% de la inversión. Afirmaba que la información sobre los activos financieros constaba en la adenda a la nota informativa del producto.

En el citado documento, en el apartado “activos en los que invierte el producto”, se indicaba que la inversión de la cesta se materializaba en una determinada fecha en “un activo compuesto por una cuenta corriente de alta remuneración más un contrato de cobertura, cuya rentabilidad objetiva está basada en el comportamiento de la rentabilidad de las acciones de Telefónica, Repsol y EOn”. Ni a lo largo de dicha adenda, ni en el contrato, se realizaba ninguna precisión o aclaración sobre las características y/o funcionamiento de la cuenta corriente ni sobre el contrato de cobertura.

En el informe del Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que tal indeterminación imposibilitaba que el reclamante dispusiera de información de en qué y cómo se había invertido la prima única de 50.000 euros y por tanto se consideraba incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro como en el caso 1/2018.

TIPO SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO: Ve
Discrepancia en el
importe obtenido al
vencimiento de un seguro
unit linked.

INFORME FINAL:
El Servicio de
Reclamaciones consideró
que las cláusulas que
regulaban el importe a
obtener al vencimiento del
contrato, vulneraban lo
previsto en el artículo 3 de
la Ley de Contrato de
Seguro.

CONCLUSIÓN:
Las entidades
aseguradoras deben hacer
un ejercicio de
transparencia en
productos especialmente
complejos como los unit
linked para que, quienes
los adquieren, conozcan
desde el principio los
derechos y obligaciones
emanados de los mismos.

3/2017. Modificación unilateral por parte de la entidad del importe de los gastos a aplicar en un seguro de vida.

El reclamante manifestaba haber suscrito un seguro unit linked por la promesa verbal hecha por un agente de la aseguradora de que el producto ofrecía una rentabilidad superior al 2% anual. Se quejaba no solo de no estar obteniendo la citada rentabilidad, sino de los gastos aplicables al seguro, que habían sido modificados por la entidad. Solicitaba que se le reintegrara el importe de la prima abonada sin penalizaciones.

La entidad alegaba, en relación a la modificación de los gastos, que se había tratado de un error en el contrato, pues inicialmente constaba que el importe de los mismos era del 1,5% en lugar del 2,25% finalmente aplicado. Añadía la compañía que resultaba de aplicación el artículo 1266 del Código Civil en cuanto a que “el simple error de cuenta sólo dará lugar a su corrección”. En relación a las pérdidas en el importe invertido explicaba que se trataba de un seguro unit linked en el que el tomador asumía el riesgo de la inversión.

En el informe del Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto, en relación a los gastos, que la entidad debía aplicar el 1,5% pactado inicialmente y no el 2,25% aplicado y que no se trataba de un error de cuenta, como alegaba la entidad, sino de una modificación unilateral de las condiciones del contrato. Respecto a la inversión, se indicaba que la entidad había incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, como en los casos anteriores publicados, puesto que parte del importe de la prima se invertía en unos activos denominados “protegidos” que no se identificaban en ningún punto del contrato.

TIPO SEGURO:

Seguro de vida.

ASUNTO:

La liquidación del valor del derecho de rescate, calculado por la entidad no se correspondía con lo previsto en el contrato.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que se había producido un incumplimiento del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben observar una conducta diligente en la cuantificación del derecho de rescate y ajustarse estrictamente a lo pactado en el contrato.

4/2017. Error en la aplicación de la cláusula que regula el valor del derecho de rescate en una póliza de vida.

El reclamante indicaba en su escrito que la cantidad obtenida al ejercitar el derecho de rescate en un seguro de vida había sido inferior al capital invertido. Al suscribir el contrato se le había explicado que se trataba de un producto que garantizaba el 100% de lo invertido.

La entidad alegaba que en este tipo de seguros el tomador asume el riesgo de la inversión y que este hecho y los recargos y gastos a aplicar eran conocidos por el reclamante pues figuraban en la documentación contractual.

En el contrato se identificaban los activos financieros en los que se invertía la prima aportada por el tomador y se definía el valor de rescate como el importe del fondo acumulado en la fecha en la que se ejercita el derecho. Dicho fondo acumulado aparecía definido como el valor del seguro en cada momento en función de los activos asignados. En la póliza también se concretaban los gastos aplicables a lo largo de la vida del producto.

Analizados los documentos aportados en el expediente, el Servicio de Reclamaciones pudo comprobar que en la liquidación de la entidad en la que se desglosaba el valor de rescate, se detraían una serie de gastos (los previstos en el contrato) de la prima inicial, en lugar de aplicar dicho gastos, conforme a lo previsto en el contrato, sobre el valor de los activos asignados en la fecha de rescate. Asimismo se indicaba en el informe que, de la cantidad final ofrecida al reclamante, se detraía el importe de la prima para fallecimiento que no figuraba en el contrato.

Por todo lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había vulnerado lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de seguro.

TIPO SEGURO:

Seguro de decesos.

ASUNTO:

La entidad aplica una sobreprima al entender que el tomador, en el momento de la contratación, había cometido una reserva o inexactitud en la cumplimentación del cuestionario de salud.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que en el cuestionario inicial no se había preguntado por el síndrome del asegurado.

CONCLUSIÓN:

En los seguros de personas el cuestionario de salud se convierte en la herramienta más útil para el cálculo de la prima por parte de las aseguradoras, pero solo cumple su finalidad en la medida en que se hagan preguntas concretas.

5/2017. Cuestionario de salud en un seguro de decesos.

El reclamante manifestaba que hacía diez años había suscrito un seguro de decesos, en el que figuraba él como tomador, y como asegurado su hijo. Transcurrido ese tiempo se puso de manifiesto un error contenido en la póliza que consistía en que la fecha de nacimiento del asegurado que constaba en el contrato era la del tomador, es decir el padre, en lugar de la del hijo asegurado. Por lo anterior, había solicitado a la compañía la revisión de las tarifas aplicadas a lo largo de esos años y la devolución de las cantidades en exceso pagadas por él. El reclamante no estaba conforme con la cantidad abonada por la entidad.

La aseguradora alegaba que, apreciado el error, se había propuesto al tomador la devolución del exceso de primas cobradas, pero también indicaba que, con ese motivo, había tenido conocimiento de que el asegurado tenía una alteración genética, en concreto síndrome de Down, circunstancia que no había sido declarada en el momento de la suscripción del contrato. Este hecho suponía que la entidad tenía que aplicar una sobreprima al importe del seguro, según sus normas de contratación. De acuerdo con lo expuesto, la aseguradora había tenido en cuenta para el cálculo de la devolución, las verdaderas circunstancias de salud del asegurado y su edad.

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece que el tomador del seguro tiene el deber, antes de la celebración 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.

De acuerdo con la doctrina del Tribunal Supremo ese deber de declaración debe ser entendido como un deber de contestación del tomador a las preguntas del asegurador, ya que este por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos.

Revisada la documentación obrante en el expediente, el Servicio de Reclamaciones pudo comprobar que ninguna de las preguntas del cuestionario de salud al que sometió la aseguradora al tomador en el contrato inicial, incluía ninguna referencia al síndrome del asegurado, por lo que esta circunstancia no podía ser tomada en cuenta para devolver un menor importe al tomador del contrato.

TIPO SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

.

ASUNTO:

La entidad se negaba a abonar unas sesiones de psicoterapia por entender que la asegurada había incurrido en inexactitudes al cumplimentar el cuestionario de salud.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de reclamaciones fue considerar que la entidad no podía rehusar el siniestro, por no haber quedado acreditado que la asegurada no hubiera contestado de forma veraz a las preguntas del cuestionario de salud.

CONCLUSIÓN:

Las preguntas que realicen las entidades aseguradoras en los cuestionarios de salud, no pueden ser interpretadas, en caso de siniestro, de una manera extensiva. Debe atenderse al literal de lo preguntado.

6/2017. Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria.

La reclamante exponía que su aseguradora rechazaba autorizar 15 sesiones de psicoterapia que le habían sido prescritas, por considerar que la patología era preexistente. La asegurada afirmaba haber cumplimentado el cuestionario de salud en el momento de la contratación de forma veraz.

La aseguradora alegaba que la reclamante, al realizar la declaración del riesgo en el momento de la suscripción del contrato, había contestado que no había sufrido depresión, ansiedad o angustia, pero quedaba acreditado que antes de ese momento había padecido un trastorno del estado de ánimo que no había declarado, por lo que la entidad no consideraba que dicha dolencia estuviera cubierta.

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece que en caso de reserva o inexactitud en el cuestionario de salud por parte del tomador, la compañía puede llegar a no abonar el importe de la indemnización si se aprecia dolo en la actuación del contratante.

Revisado el cuestionario de salud aportado al expediente, se observó que la pregunta planteada y aplicable al caso se refería a “depresiones, ansiedad o angustia sin causa aparente” y en el expediente constaba un informe médico en el que se indicaba que la depresión sufrida antes de la contratación era debida a un aborto sufrido por la reclamante. Por lo anterior, no cabía achacar reserva o inexactitud en la respuesta dada por la asegurada en el cuestionario de salud y la entidad debía abonar las sesiones de psicoterapia solicitadas por la reclamante.

TIPO SEGURO:

Seguro de responsabilidad civil.

ASUNTO:

La entidad consideraba que la conducta del asegurado era oponible al perjudicado y por tanto no tenía que abonar la indemnización.

INFORME FINAL:

El Servicio de reclamaciones entendió incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

En el ejercicio, por parte de un perjudicado, de la acción directa frente al asegurador, no pueden invocarse por este excepciones derivadas de la conducta del asegurado.

7/2017. Excepción inoponible a la acción directa en un seguro de responsabilidad civil.

El reclamante, en calidad de perjudicado, había solicitado que la entidad aseguradora cubriera las lesiones sufridas por la mordedura de un perro, catalogado como de raza peligrosa, propiedad de un asegurado de la compañía reclamada.

La aseguradora rechazaba el siniestro al considerar de aplicación la exclusión de la póliza, según la cual no se cubren "las obligaciones derivadas de la no observancia deliberada por parte del asegurado de disposiciones legales, reglamentarias y de técnica profesional". En este sentido, alegaba que el asegurado no había acreditado tener la documentación completa del perro, la licencia y su inscripción en el Registro de animales de raza potencialmente peligrosa.

El Servicio de Reclamaciones consideró en su informe, por un lado, que si bien no tiene competencias para pronunciarse sobre hechos que requieran la realización de pruebas que tienen que ser realizadas en vía judicial, la consideración de una actuación como deliberada debe resultar acreditada por parte de la entidad aseguradora a efectos de entender comprendido el supuesto de hecho objeto de divergencia en la citada cláusula. No obstante, de la documentación aportada no se observaba justificada tal circunstancia.

Por otro lado, la jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que las excepciones a la acción directa del perjudicado (artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro) derivadas de la conducta del asegurado, no son oponibles por la aseguradora de este al perjudicado.

En consecuencia con todo lo anterior, el Servicio de Reclamaciones consideró infundado el rechazo del siniestro por parte de la aseguradora, entendiendo incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro que establece como obligación principal del asegurador el pago de la indemnización.

TIPO SEGURO:

Seguro de automóvil.

ASUNTO:

Aplicación de la normativa en materia de seguros privados en relación con la normativa de servicios de pago.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 13 del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

CONCLUSIÓN:

Las entidades no pueden condicionar la emisión de un justificante del pago de la prima al transcurso del plazo previsto en la normativa de servicios de pago.

8/2017. Aplicación de la normativa en materia de seguros privados en relación con la normativa de servicios de pago.

El reclamante indicaba que había solicitado, a través de la página web de la entidad, el recibo acreditativo del pago de la prima y que la compañía no se lo había facilitado.

La entidad alegaba que el reclamante debía solicitar el justificante de pago en su banco, en cumplimiento de la normativa de servicios de pago, ya que no se le podía facilitar copia de ningún recibo hasta que transcurriera el plazo legal de ocho semanas.

Analizada la documentación aportada al expediente, el Servicio de Reclamaciones consideró que, de conformidad con el artículo 13 del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, el asegurador, una vez cobrada la prima, debe entregar al tomador el justificante del pago.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones consideró infundado el rechazo de la solicitud del reclamante, puesto que, de acuerdo con la normativa de aplicación en materia de seguros privados, la entidad no puede condicionar la falta de emisión de un justificante de pago de la prima al transcurso del plazo previsto en la normativa de servicios de pago.

TIPO SEGURO:

Seguro de defensa jurídica.

ASUNTO:

Limitación al derecho a la libre elección de abogado y procurador.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 76.d) de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

En la cobertura de defensa jurídica, una suma asegurada desproporcionadamente inferior al importe de los gastos judiciales que va a implicar una reclamación ante los tribunales de justicia, hace que quede prácticamente sin contenido, el derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro.

9/2017. Limitación al derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro.

El reclamante exponía que había sufrido un accidente de tráfico del que no había sido responsable, y que lo había comunicado a su entidad aseguradora, que incluso había peritado su vehículo. Tras lo anterior, su compañía le indicó que debía continuar su reclamación contra la compañía contraria, por su cuenta, teniendo derecho al reembolso de los gastos, dentro de los límites previstos en su contrato, que eran de 200 euros.

La entidad aseguradora alegaba que el siniestro se había tramitado en el marco del convenio de indemnización directa entre entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros de daños materiales. Indicaba asimismo que su informe pericial concluía que los daños que presentaba el vehículo no se correspondían con la versión que había facilitado el reclamante.

El seguro suscrito no incluía la cobertura de daños al vehículo, por lo que, tras la decisión del rechazo del siniestro en el marco del convenio entre aseguradoras, solo cabía la tramitación del mismo a través de la garantía de reclamación de daños al tercero responsable.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, el hecho de no informar al reclamante de que las tramitaciones se realizaban en nombre y por cuenta de la entidad aseguradora de la parte contraria, así como no facilitar información sobre el derecho que asiste al reclamante de solicitar a dicha entidad la pertinente oferta o respuesta motivada, era una actuación contraria a las buenas prácticas y usos financieros.

Asimismo, en relación con el límite de 200 euros en la garantía de reclamación de daños, el Servicio de Reclamaciones concluyó que este tipo de coberturas, con importes tan reducidos, dejan casi vacío de contenido el derecho a la libre elección de abogado y procurador, previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro, pues ese importe cubre un porcentaje mínimo de los honorarios de los profesionales que se designen.

TIPO SEGURO:

Seguro de automóvil y de defensa jurídica.

ASUNTO:

Deficiente información de la entidad a su asegurado tras sufrir un accidente de circulación.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplidos el artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor y el artículo 76.f) de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

En la garantía de defensa jurídica, en el caso de conflicto de intereses, el asegurador debe informar inmediatamente al asegurado de la facultad que le asiste de ejercer el derecho a la libre designación de abogado y procurador. Asimismo y en el caso de rechazo de un siniestro en el seguro de responsabilidad civil obligatoria de automóviles, tal decisión debe motivarse suficientemente por parte de la aseguradora.

10/2017. Incumplimiento de los requisitos de la respuesta motivada en un supuesto de conflicto de intereses.

El reclamante manifestaba que debido a un accidente de circulación, su vehículo había sufrido diversos daños siendo responsable el vehículo contrario, asegurado en la misma entidad que el suyo. Un perito de la compañía había revisado su vehículo informándole de que, en base al informe pericial, rechazaban hacerse cargo de los daños.

La entidad aseguradora alegaba que el informe pericial dictaminaba que los daños del vehículo no eran consecuencia del siniestro declarado. Al no existir nexo de causalidad se rechazó el siniestro, informando al reclamante de que, dado que desde ese momento existía conflicto de intereses, podía acudir a un letrado de su confianza para la reclamación judicial.

Una vez analizada la documentación aportada al expediente, el Servicio de Reclamaciones constató que la entidad aseguradora había remitido al reclamante una comunicación indicándole que “a la vista de las gestiones efectuadas procedemos a rechazar su reclamación, ya que los daños que nos indica, estimamos no corresponden a la mecánica del hecho que nos ocupa”.

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se concluía que la citada comunicación no cumplía con los requisitos establecidos, para la respuesta motivada, en el artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, ya que no se justificaban de manera suficiente las razones en base a las cuales se rechazaba el siniestro.

Por otra parte y respecto a la garantía de reclamación de daños, el artículo 76.f) de la Ley de Contrato de Seguro establece, para los casos como este de conflicto de intereses, que el asegurador deberá informar *inmediatamente* al asegurado de la facultad que le compete de ejercitar el derecho a la libre designación de abogado y procurador.

En virtud de lo anterior, y en la medida en que había quedado acreditado el conflicto de intereses, por tratarse de dos vehículos asegurados en la misma compañía, y que la información sobre el derecho a la libre elección de abogado por esta circunstancia se había dado tres meses después de ocurrido el siniestro, el Servicio de Reclamaciones entendió incumplido el citado artículo.

TIPO SEGURO:
Seguro de defensa jurídica.

ASUNTO:
El reclamante solicitaba el reembolso de los honorarios abonados por él a un abogado de su elección, con el fin de reclamar una indemnización por lesiones personales, tras un accidente de circulación.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplidos el artículo 76.d) LCS y el artículo 80.1.b) del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios

CONCLUSIÓN:
El derecho a elegir libremente abogado, reconocido en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro, no puede depender de la voluntad de la entidad aseguradora.

11/2017. Cláusula que limita el derecho a la libre elección de abogado en un seguro de defensa jurídica.

El reclamante exponía que había sufrido lesiones derivadas de un accidente de circulación y que, al designar un abogado, a efectos de iniciar la acción de reclamación frente el conductor presuntamente responsable, su aseguradora le había denegado el reembolso de los honorarios del profesional contratado.

La entidad alegaba que se habían realizado por su parte las pertinentes gestiones tras la comunicación del accidente de circulación. En relación con la garantía de reclamación de daños se había comunicado al asegurado el rehúse de la designación de abogado, por considerar que no era necesaria, al haberse solicitado en distintas ocasiones, sin éxito, la documentación médica de alta para conseguir una oferta por las lesiones sufridas.

En el contrato aportado al expediente se preveía que la reclamación de daños siempre debía ser dirigida y efectuada por la aseguradora, quien, cuando lo estimase conveniente, podría otorgar la elección libre de abogado y procurador al asegurado.

A la vista de la documentación aportada al expediente y en relación con la garantía de reclamación de daños, el Servicio de Reclamaciones consideró que la citada cláusula era contraria a lo previsto en el artículo 76.d) de la Ley de Contrato de Seguro, que reconoce la libertad de designación de abogado y procurador al asegurado que decida iniciar un procedimiento judicial.

Asimismo, en el informe final se indicaba que el tamaño de la letra del contrato era inferior al milímetro y medio que exige el artículo 80 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, por lo que se consideraba incumplido el citado artículo.

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de teléfono móvil.

ASUNTO:

Información a suministrar por parte de la correduría durante la tramitación del siniestro.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones apreció un incumplimiento del artículo 26 de la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados.

CONCLUSIÓN:

Los corredores de seguros deben prestar asistencia y asesoramiento a sus clientes en caso de siniestro.

12/2017. Falta de acreditación de asistencia y asesoramiento durante la tramitación de un siniestro

El reclamante exponía que al adquirir un teléfono móvil había suscrito, a través de una correduría, un seguro que cubría el daño accidental de dicho terminal. Tras comunicar el siniestro (caída accidental), la correduría le había informado de que rehusaban el siniestro considerando que el mismo quedaba encuadrado en una de las exclusiones de la póliza, según la cual no se cubría “la oxidación de los componentes del equipo asegurado con independencia de su causa.”

La correduría alegaba que había informado a su cliente, en el estricto ámbito del asesoramiento independiente, de que la cobertura del seguro excluía su siniestro, remitiendo al tomador a la compañía de seguros, quien podía aceptar o denegar la cobertura en su caso.

El apartado 3 del artículo 26 de la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados establece que los corredores de seguros están 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 en su informe final indicó que, con base en la documentación aportada al expediente, no constaba en el mismo gestión alguna llevada a cabo por la correduría durante la tramitación del siniestro, por lo que se requería a la entidad a efectos de entender acreditada la prestación de la debida asistencia y asesoramiento en la tramitación del siniestro, de acuerdo con lo previsto en la normativa de mediación.

Tras la recepción de las nuevas alegaciones por parte de la entidad, el Servicio de Reclamaciones concluyó que no se habían acreditado suficientemente tales actuaciones, entendiéndose incumplido el citado artículo 26.

3. Planes de Pensiones

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de Pensiones.

ASUNTO: Reclamar la prestación de fallecimiento de un plan de pensiones.

INFORME FINAL:
Teniendo en cuenta que no se aportó ningún documento que acreditara la voluntad de la causante sobre su plan de pensiones, este Servicio de Reclamaciones consideró que en caso de duda sobre la voluntad del partícipe era admisible la aplicación del derecho sucesorio para la asignación de la prestación del plan de pensiones.

CONCLUSIÓN: En los supuestos que suscitan dudas sobre la voluntad de las personas fallecidas respecto de sus planes de pensiones, se considera admisible la aplicación del derecho sucesorio, sin perjuicio de que la competencia para resolver las discrepancias no resueltas relativas a la voluntad de los partícipes fallecidos corresponde a los Tribunales de Justicia.
13

13/2017. Beneficiarios por fallecimiento en el supuesto de duda sobre la voluntad del partícipe fallecido respecto de su plan de pensiones

El reclamante considera que es beneficiario del plan de pensiones de la partícipe fallecida, por cuanto no habiendo realizado ésta designación expresa de beneficiarios del plan de pensiones, instituyó en su testamento al reclamante como heredero de todos sus bienes, señalándole en el momento del otorgamiento del testamento como “persona con quien actualmente convive”.

La entidad considera que el plan de pensiones no forma parte de la masa hereditaria y que para ser beneficiario del mismo no basta ser nombrado heredero en testamento, sino que se requiere una designación expresa o bien incluir en el testamento una mención expresa al plan de pensiones.

La entidad manifestó que, a falta de designación expresa, sería de aplicación el orden preferente y excluyente previsto en las especificaciones del plan de pensiones, según el cual serían beneficiarios por el siguiente orden:

...”. “El cónyuge supérstite,..., o pareja de hecho debidamente inscrita en el Registro correspondiente.

Los hijos a partes iguales.

La entidad alegó que dado que el reclamante no había acreditado su condición de pareja de hecho inscrita en el registro correspondiente, consideraba beneficiaria única del plan a la hija de la fallecida.

En relación a los hechos anteriores, este Servicio de Reclamaciones manifestó que, si bien la condición de beneficiario por fallecimiento del plan deriva de una designación o, en su caso, de lo previsto en las especificaciones del plan, en caso de duda sobre la voluntad del partícipe fallecido, podría aplicarse el derecho sucesorio, teniendo en cuenta que, según el art. 4.3 del Código Civil, éste tiene el carácter de legislación supletoria, siendo aplicable, en su caso, la ley nacional del causante.

En el caso planteado no se aportó el boletín de adhesión ni ningún otro documento referente al plan de pensiones, por lo que este Servicio no pudo determinar si la fallecida realizó o no una designación expresa, si conocía lo previsto en las especificaciones para el caso de no realizar dicha designación y si su intención era excluir el plan de su herencia para la que tenía instituido como heredero al reclamante.

Por ello, este Servicio concluyó que en los supuestos que suscitan dudas sobre la voluntad de las personas fallecidas respecto de sus planes de pensiones, se considera admisible que la prestación se asigne conforme al derecho sucesorio y, en su caso, en favor del heredero o herederos testamentarios.

No obstante, no corresponde al Servicio de Reclamaciones resolver sobre discrepancias no resueltas relativas a la voluntad de partícipes fallecidos, lo que es competencia de los órganos judiciales.

TIPO DE OPERACION:

Plan de pensiones.

ASUNTO: Reclamar la modificación de las condiciones de la garantía financiera de su plan de pensiones.

INFORME FINAL: El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad garante había modificado las condiciones de la garantía inicialmente contratada por una causa no prevista en las condiciones de efectividad de la Carta de Garantía suscrita.

CONCLUSION: La suspensión o rescisión de una garantía financiera asociada a un plan de pensiones sólo puede efectuarse en los términos previstos en el documento de garantía donde, de acuerdo con el artículo 77 del RPPF, han de estar recogidas las condiciones de su mantenimiento.

14/2017. Modificación de una garantía financiera.

El reclamante manifiesta que con fecha 27/12/2006 contrató un plan de pensiones junto con una garantía financiera que, de acuerdo con su folleto informativo, garantizaba al vencimiento, el 31/12/2016, el 100% de las aportaciones así como la consolidación del mayor valor liquidativo de las participaciones del último día hábil de cada mes natural. No obstante, en la fecha de vencimiento el valor liquidativo garantizado fue el correspondiente al 30/04/2007 (10,12078 €), el cual no se correspondía con lo ofertado.

La entidad señaló que para conseguir el cumplimiento de la garantía se contrató un swap. Con fecha 12/11/2008 recibió una comunicación del emisor del swap en la que se indicaba que se había producido un evento “trigger” cuya consecuencia fue el cambio de naturaleza de la inversión inicial, pasando de un componente variable (referenciado a una cesta de fondos) a un tipo fijo, que suponía que al vencimiento de la garantía el valor liquidativo garantizado fuera del 101,2078%. La entidad informó a los partícipes de dicho evento a través de la información periódica trimestral.

De acuerdo con lo dispuesto en el documento de garantía inicial, la entidad financiera garante condicionaba la efectividad de la garantía compensatoria a que no se modificara el entonces vigente marco legislativo y fiscal de los fondos de pensiones y de los activos que los compongan.

En este caso, el evento “trigger” producido fue un acontecimiento derivado de situaciones de estrés en los mercados financieros en los últimos meses, que provocó que el fondo de pensiones no pudiera invertir los activos con riesgo para proteger el capital garantizado.

En virtud de lo anterior, este Servicio de Reclamaciones consideró que no se podía entender que dicho evento derivara de un cambio legislativo ni fiscal, únicos hechos que, conforme a la carta de garantía, podrían alterar la efectividad de la garantía inicialmente contratada.

TIPO DE OPERACION:
Plan de pensiones.

ASUNTO: Reclamar la anulación de la pignoración de su plan de pensiones.

INFORME FINAL: El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula objeto de reclamación era conforme a derecho, si bien limitaba sus efectos a las relaciones entre el partícipe y la entidad bancaria.

CONCLUSION: El contrato por el que los derechos consolidados se constituyen en garantía de una obligación principal, suscrito por el partícipe y una entidad bancaria, es ajeno al plan de pensiones y, por tanto, sus efectos no se extienden a terceros, como pudiera ser considerada la entidad gestora del fondo de pensiones.

15/2017. Cláusula adicional a un contrato de préstamo

El reclamante solicitó la anulación de la cláusula de pignoración de su plan de pensiones recogida en un contrato de préstamo personal suscrito con una entidad bancaria, teniendo en cuenta que de acuerdo con el criterio de la DGSFP no se dan los requisitos legales para que pueda admitirse la prenda de los derechos consolidados en un plan de pensiones.

La entidad gestora del plan de pensiones señaló que no es parte del contrato de préstamo, de tal forma que si el partícipe solicitara la movilización de sus derechos, o en el supuesto en que el Banco prestamista quisiera cobrar los derechos por acaecimiento de alguna contingencia, la entidad gestora solicitaría la conformidad del partícipe y procedería según lo indicado por éste.

La afección de los derechos consolidados como garantía del cumplimiento de una obligación respecto de un tercero, como ocurre en el presente supuesto, es una figura distinta del contrato de prenda del artículo 1857 y siguientes del Código Civil, con independencia de la denominación dada por la entidad.

En este caso, el contrato por el que los derechos consolidados se constituyen en garantía de una obligación principal (un préstamo bancario), es suscrito por la entidad bancaria y el partícipe (el prestatario) y, por tanto, es ajeno al plan de pensiones. Por ello, los efectos de dicho contrato deben circunscribirse a las partes contratantes, no extendiéndose a otros sujetos, como pudiera ser la entidad gestora del fondo de pensiones.

De esta forma, cabe considerar que tanto la renuncia expresa al derecho de movilización como el compromiso de no disposición de los derechos consolidados, mientras no estén extinguidas las obligaciones afianzadas, asumidos ambos por el partícipe en virtud del contrato de préstamo, no constituyen compromisos irrevocables de éste.

Así pues, cabe entender que dichos compromisos limitan sus efectos a las partes contratantes y no permiten a la entidad gestora denegar la movilización o, en su caso, el cobro de los derechos consolidados fundamentándolo en la referida cláusula.

No obstante, lo anterior se entiende sin perjuicio de la posible responsabilidad contractual del partícipe frente a la entidad bancaria, por razón de los efectos previstos en el contrato para el caso de incumplimiento de los compromisos asumidos.

CAPITULO IV. INFORMACIÓN PÚBLICA

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

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

Información de la página web

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por último, hay que destacar que en el apartado planes y fondos de pensiones del sitio web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se recogen 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.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD

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



Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

La Dirección General

Estructura y funciones, Direcciones y teléfonos, Perfil del Contratante, ...

Comunicaciones a la DGSFP

Formularios, Certificaciones, Aplicaciones software, ...

Información sobre el Sector

Registros públicos, Órdenes Ministeriales de autorización y extinción de entidades, Regulación, Balances y cuentas, Enlaces de interés, ...

Información para Profesionales

Criterios de supervisión, Circular sobre tasas de interés, ...

Solvencia II

Normativa básica, Directrices EIOPA, Procedimientos de autorización ...

Protección al Asegurado y al Partícipe

Presentación de reclamaciones, Criterios, ...

Seguros agrarios combinados

Seguros agrarios combinados, Normas de peritación, Resolución de la DGSFP por la que se establecen ...

Enlaces directos

sede electrónica

Financiera y Actuarial

Planes y Fondos de Pensiones

GASPAR

Guía para la contratación de seguros y planes de pensiones

Colegio de Supervisores

Modelo de Reglamento para la Defensa del Cliente

TRANSPARENCIA

de la actuación supervisorada seguros (en relación al Art. 158 del RDOSFP) de planes de pensiones y de mediación

Perfil del contratante

Mediadores y Canales

Carta de Servicios

Enlaces institucionales

the spanish economy

finanzas para todos

@dministración electrónica

060 para los Ciudadanos

www.sepe.es

CONOCE LA NUEVA WEB DE MARCA ESPAÑA

guía de navegación

W3C CSS

W3C XHTML

W3C WAI - AA

Noticias



Toda la DGSFP en los teléfonos
902 19 11 11* ó 952 24 99 82
*Establecimiento de llamada 0,100 €
Tarifa minuto 0,072 €

Boletín de Información Trimestral

Ya se encuentra disponible el Boletín de Información Trimestral de Seguros correspondiente al primer trimestre del ejercicio 2017.

Mediadores y Canales

Ya está disponible el Informe estadístico anual de mediación 2017 (sobre el ejercicio 2016)

Regulación

Se ha publicado en el portal de Participación pública de la web del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad el trámite de audiencia e información pública de la Transposición de la Directiva 2014/50/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de abril de 2014, relativa a los requisitos mínimos para reforzar la movilidad de los trabajadores entre estados miembros mediante la mejora de la adquisición y el mantenimiento de los derechos complementarios de pension

Boletín de Información Trimestral

Ya se encuentra disponible el Boletín de Información Trimestral de Seguros correspondiente al cuarto trimestre del ejercicio 2016.

Informe de Seguros y Fondos de Pensiones 2016

Se ha publicado el Informe del sector correspondiente al año 2016

Oposición al Cuerpo Superior de Inspectores de Seguros del Estado - Convocatoria 2016

Se hace pública la relación de aspirantes aprobados en el quinto ejercicio y las puntuaciones definitivas de los mismos en la fase de oposición

Oposición al Cuerpo Superior de Inspectores de Seguros del Estado - Convocatoria 2017

Real Decreto 702/2017, de 7 de julio, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2017

Regulación

Se ha publicado en el BOE el Real Decreto 583/2017, de 12 de junio, por el que se modifica el Plan de contabilidad de las entidades aseguradoras y reaseguradoras...

Planes y fondos de pensiones

Ya está disponible el boletín de información trimestral de planes y fondos de pensiones primer trimestre 2017.

Regulación

Se ha publicado en el BOE la Orden EIC/556/2017, de 14 de junio, por la que se aprueban los modelos anuales de información cuantitativa a efectos estadísticos y contables...

63

Protección al Asegurado y al partícipe - Servicio de Reclamaciones

Legislación

La [!\[\]\(54962743642597980e7e18a893cbcc40_img.jpg\) Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores](#), regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Banco de España y Comisión Nacional del Mercado de Valores, con ellos, fomentar la aplicación efectiva de la normativa de protección del consumidor en el sector financiero, al tiempo que se aumenta el nivel de seguridad jurídica en las relaciones entre entidades y clientes.

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

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

Información sobre el procedimiento

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

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

- [!\[\]\(4fc95fb901e150830fd50c18acc25832_img.jpg\) Guía Práctica para la Presentación de Quejas, Reclamaciones y Consultas](#) (57 KB)
- [!\[\]\(7ecdff13703dd2e16ef913708bb882b7_img.jpg\) PG1 - Competencias del Servicio de Reclamaciones](#) (52 KB)
- [!\[\]\(dde08c134b3b362357e6f913f8e36cb1_img.jpg\) PG2 - ¿Quién puede presentar consultas o reclamaciones?](#) (52 KB)
- [!\[\]\(4f2bc51b5cb9569f961a28c67bc58419_img.jpg\) PG3 - ¿Cómo plantear una queja o reclamación?](#) (68 KB)
- [!\[\]\(baa4dde85805a0c89ad495f49ab467cc_img.jpg\) PG4 - Tramitación de quejas y reclamaciones](#) (40 KB)

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

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

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

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

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

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

- [Búsqueda individualizada del departamento en cada entidad aseguradora](#)
- [Servicio de Atención al Asegurado del Consorcio de Compensación de Seguros](#) ^(*) [para cuestiones exclusivamente relativas a la activ reclamaciones o consultas referidas a otras compañías]

Red Transfronteriza Europea (FIN-NET)

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

Informes

-  [Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#) (2015) (2,8 MB)
-  [Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#) (2014) (2,9 MB)
-  [Memoria del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones](#) (2013) (2,7 MB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer semestre 2013](#) (416 KB)
-  [Informe anual del Servicio de Reclamaciones 2012](#) (1,5 MB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer semestre 2012](#) (416 KB)
-  [Informe anual del Servicio de Reclamaciones 2011](#) (4,5 MB)
-  [Servicio de Reclamaciones - Informe del semestre de 2011](#) (924 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2010](#) (5,6 MB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer semestre 2010](#) (914 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2009](#) (4,2 MB)
-  [Informe del Servicio de Reclamaciones del primer semestre de 2009](#) (336 KB)
-  [Informe Servicio Reclamaciones primer trimestre 2009](#) (372 KB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2008](#) (1,37 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2007](#) (1,68 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2006](#) (1,19 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2005](#) (1,29 MB)
-  [Memoria de Reclamaciones 2004](#) (1012 KB)

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

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

Para facilitar el acceso de los ciudadanos a los mecanismos de resolución de conflictos del país donde se encuentra la entidad financiera contra la que se reclama, se creó la red FIN-NET. Se

trata de una red de cooperación entre órganos nacionales de resolución extrajudicial de litigios en materia de servicios financieros, impulsada por la Comisión Europea en el año 2001. Su objetivo es la resolución de conflictos transfronterizos entre las empresas de servicios financieros y consumidores y usuarios de estos servicios en el territorio del Espacio Económico Europeo.

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 citada red.

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



English 

Search

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

Financial dispute resolution network: FIN-NET

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

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

The FIN-NET network

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

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

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

Follow the European Commission
[Facebook](#) [Twitter](#)
[Other social media](#)

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

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

Implantación de procedimientos telemáticos

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

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

El empleo de medios telemáticos, como forma de tramitación de las reclamaciones, quejas y consultas, agiliza los trámites de comunicación entre las entidades, los ciudadanos y la Administración, disminuye los costes y reduce el plazo de resolución de los expedientes, procurando con todo ello un reforzamiento en la eficacia de la protección de los derechos de los ciudadanos.

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

En la Sede Electrónica se ofrecen todos los procedimientos susceptibles de ser tramitados por medios telemáticos. Entre ellos se encuentra el de la presentación de una consulta, queja o reclamación, a través del enlace Protección al asegurado-Servicio de Reclamaciones https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Index_Proteccion_Asegurado.asp

Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios

Fecha y Hora Oficial

25/08/2017

12:50:47

[Ir al Calendario Oficial](#)

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado y al participante - Servicio de reclamaciones

Consultas

Entidades aseguradoras

Planes y fondos de pensiones

Mediadores de seguros y reaseguros

Inspección

Asuntos generales

Seguros obligatorios

Lista completa de procedimientos y servicios

[Consulta de expedientes](#)

[Notificaciones electrónicas](#)

[Ayuda](#)

PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS

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

Tipo de procedimiento o servicio administrativo

- [Reclamaciones - Protección asegurado y participe](#)
- [Consultas](#)
- [Entidades aseguradoras](#)
- [Planes y fondos de pensiones](#)
- [Mediadores de seguros y reaseguros](#)
- [Inspección](#)
- [Asuntos generales](#)
- [Seguros Obligatorios](#)
- [Buzón de quejas y sugerencias](#) a los servicios prestados en la D.G. de Seguros y Fondos de Pensiones

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-AAA

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

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

Fecha y Hora Oficial
25/08/2017
12:51:48
[Ir al Calendario Oficial](#)

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado y al partícipe - Servicio de reclamaciones

Consultas

Entidades aseguradoras

Planes y fondos de pensiones

Mediadores de seguros y reaseguros

Inspección

Asuntos generales

Seguros obligatorios

Lista completa de procedimientos y servicios

Consulta de expedientes

Notificaciones electrónicas

Ayuda

Procedimientos y servicios

Protección al asegurado y al partícipe - Servicio de reclamaciones

[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. 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 reclamación](#)
- [Presentar documentación adicional](#)

Compañías

- [Presentar alegaciones](#)

Seguimiento y consultas

- [Consulta de expedientes](#)
- [Ventanilla única](#)

[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 \(155 KB\)](#)

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

A partir del 2 de octubre de 2016, fecha de entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, el sistema de comunicación telemática es la única forma de tramitación de las comunicaciones entre las entidades aseguradoras y la Administración. En virtud de lo dispuesto en su artículo 14, las personas jurídicas pasan a estar obligadas, en todo caso, a relacionarse con las Administraciones Públicas a través de medios electrónicos para la realización de cualquier trámite que forme parte de un procedimiento administrativo.

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

Por último, hay que señalar que, desde principios del año 2010, existe la posibilidad de que los ciudadanos y las entidades puedan consultar por este mismo medio el estado de su expediente a través de la opción 'consultas del menú de la Sede Electrónica'.

Guía del asegurado y del partícipe

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

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



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)

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. Puede venir impulsada por una decisión autónoma o, de modo inducido, por una obligación legal o contractual. La técnica aseguradora y los contratos de seguro no es sencilla, lo que lleva a que en ocasiones el contenido del contrato no sea de fácil comprensión para los asegurados y participantes.

La Administración Pública asume como tarea propia contribuir al esfuerzo de acercar los seguros y planes de pensiones al gran público a través de su acrónimo GASPAR. Esta herramienta justifica su existencia en la voluntad de dar un mayor interés en suscribir seguros o planes de pensiones. Este objetivo condiciona el alcance y profundidad de las orientaciones, que en consecuencia son exhaustivas.

GASPAR encontrará su utilidad en la protección de los intereses de los potenciales asegurados y participantes, asistiendo a los interesados 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 carácter abreviado y abordarán aquellas cuestiones particulares que pueden darse con algunos tipos de seguros.

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

Debido al alcance meramente informativo de esta página, se recomienda solicitar un asesoramiento previo a las entidades que ofrecen productos de seguros o planes de pensiones. Sobre esta base previa e imprescindible GASPAR se ubica como elemento complementario, informativo y orientador.

Colaboración de la DGSFP en las actuaciones del Plan de Educación Financiera

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

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

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

Bajo estas premisas, el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores firmaron un Convenio de colaboración para el desarrollo de un Plan de educación financiera. Los

compromisos y objetivos asumidos se reflejan en el Plan de Educación Financiera 2008-2012. El Plan se prorrogó para el período 2013-2017. Se ha renovado ya para el nuevo periodo 2018-2021.

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

Los grandes objetivos del Plan de Educación Financiera para el periodo 2013-2017 han sido:

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

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

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


**finanzas
para todos**

plan de educación
financiera





Inicio

Cómo llegar a fin de mes

La economía en las etapas de la vida

Consejos para invertir

La oferta de productos y servicios financieros

Kit financiero de supervivencia


Lectura fácil

Le ayudamos a mejorar la gestión diaria de su economía personal

Selecciona un perfil cercano a ti:
Todos

o bien dinos qué necesidad tienes:
Todos



Recursos para jóvenes y profesores

Glosario

Enlaces

Herramientas y calculadoras

Novidades

Multimedia

Sobre este proyecto

Novidades

¿Cómo ahorrar en la vuelta al cole?
22-08-2017 - En: [Novidades](#)

Consejo de verano sobre los chiringuitos financieros
09-08-2017 - En: [Novidades](#)

¿Qué pasa si no pago mi seguro cuando se renueva?
04-08-2017 - En: [Novidades](#)

La CNMV publica un documento sobre los mecanismos psicológicos que influyen en la toma de decisiones de inversión
25-07-2017 - En: [Novidades](#)

¿Qué son las subastas de deuda?
17-07-2017 - En: [Novidades](#)

Publicada la Memoria de Reclamaciones del Banco de España correspondiente al año 2016
03-07-2017 - En: [Novidades](#)

Finaliza la fase on-line del concurso de conocimientos financieros
03-07-2017 - En: [Novidades](#)

¿Sabes lo que son los fondos de inversión garantizados?
29-06-2017 - En: [Novidades](#)

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 varias modalidades, pero todos tienen unos requisitos formales y elementos esenciales para que sean válidos. No hay que olvidar una serie de consejos de seguridad para operar con cheques.

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

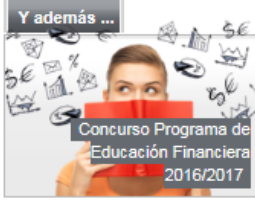
En estos casos lo peor es ignorar el problema. Hay que afrontar la situación, así es que lo primero que debe hacer es hablar con su banco o caja.

Diferencia entre créditos y préstamos
En: [Productos bancarios de financiación](#)

Aunque se intercambian los términos con frecuencia, se trata de dos productos distintos.

El préstamo hipotecario

Y además ...







Otros sitios de interés:
Seguros y Pensiones Para Todos



Accesibilidad | Mapa web | Contacto | Ayuda Acceso a profesores

Gepeese Buscador

Recursos para jóvenes y profesores

Inicio | Materiales didácticos | Hemeroteca | Banco de juegos | Glosario | Recursos | Banco de imágenes | Aventura

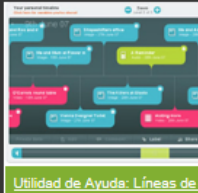
Talleres de actividades | Utilidades de ayuda | ¿Sabías que...? | Recursos recomendados | Boletín | Agenda | La economía en...



Viaje al extranjero



V Edición del concurso del Programa de Educación Financiera ¡Inscribe a tu centro!



Utilidad de Ayuda: Líneas de

¿Sabías que...?



Sabías que... va está convocada la la V edición de los premios del Programa de Educación Financiera - Curso 2016/2017

Fuente: Convocamos la V EDICIÓN DE LOS PREMIOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN FINANCIERA, CURSO 2016-2017, que consistirá en un concurso de conocimientos financieros, cuyas bases puedes encontrar adjuntas....



¿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

I Edición Premios del Programa de Educación Financiera

Fuente: [Información adicional y bases del concurso](#)

Aprende a diferenciar las tarjetas

Fuente: [Pasatiempo econopuzzle](#)

Hay diferentes tipos de tarjetas, de crédito, de débito, monedero. ¿Sabes cuál es cual?

Muhammad Yunus. El banquero de los pobres.

Fuente: [Muhammad Yunus. El banquero de los pobres.](#)

Curioso personaje que trabaja por mejorar la situación de los millones de pobres que tratan de sobrevivir en la Indi...

[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](#)

Nube de etiquetas

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

Destacar también que en el curso 2016-2017 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. En este curso se adhirieron 500 centros educativos, abarcando un total de 40.000 estudiantes y 2.400 profesores. Este programa abarca tanto centros públicos como privados y concertados, de todas las CCAA y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Asimismo, el 2 de octubre de 2017 se celebró, por tercer año consecutivo e impulsado por el Plan, el Día Nacional de la Educación Financiera, que ha quedado instaurado el primer lunes del mes de octubre de cada año.

En relación con temas de educación financiera pero fuera del ámbito del Plan, la Dirección

General de Seguros y Fondos de Pensiones colaboró en un proyecto impulsado por la Comisión Europea con la antigua República Yugoslava de Macedonia. El mismo versaba sobre la creación de un marco estatal de educación financiera.

CAPÍTULO V. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

Este capítulo contiene una relación de criterios aplicados en los informes emitidos por el Servicio de Reclamaciones en el ejercicio de sus funciones.

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

Este año, como ya se ha comentado en la presentación, se ha publicado la Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. La ley supone una evolución en la protección jurídica del consumidor y reconoce las ventajas ofrecidas por la resolución alternativa de litigios en materia de consumo como medio de conseguir una solución extrajudicial, sencilla, rápida y asequible. Asimismo se establecen una serie de obligaciones de transparencia para las entidades que resuelven conflictos en el ámbito de consumo, que incluye el deber de suministrar información clara y fácilmente comprensible sobre su actividad. Este capítulo da cumplimiento a la citada obligación.

Cabe destacar que el propio sector ha adoptado medidas de autorregulación a través de la publicación de varias guías de buenas prácticas, medidas que deben redundar en la mejora de la conducta de las entidades.

1. SEGUROS

1.1. SEGUROS DE VIDA.

1.1.1. Seguros colectivos

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

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

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

El artículo 117 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, establece la obligación de las entidades aseguradoras de entregar un certificado individual de seguro a cada asegurado. Si bien la norma no detalla su contenido mínimo, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que el certificado individual debe contener la regulación de los derechos y obligaciones del asegurado derivados de su adhesión/incorporación al contrato colectivo.

1.1.2. Otras actuaciones

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

En las entidades de banca-seguros se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si lo que contrata es un producto bancario, de inversión o de seguros. Sobre todo ocurre en productos como aquellos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión (conocidos comercialmente como unit linked) en los que se mezclan características aseguradoras y de inversión.

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

- Tipo de interés y gastos internos.

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

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

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

En diciembre de 2015 entró en vigor la Orden ECC/2329/2014, de 12 de diciembre, por la que se regula el cálculo de la rentabilidad esperada de las operaciones de seguro de vida. La incorporación a nuestro ordenamiento jurídico de la obligación de informar de la rentabilidad esperada en el sector asegurador tiene como objeto garantizar una regulación más transparente y eficaz de los mercados de seguros, por un lado, y la protección de los ahorradores y tomadores de seguros, por otro, al facilitar a los inversores un elemento de comparación que pueda servirles como referencia a la hora de tomar sus decisiones de inversión entre las distintos productos disponibles en el mercado.

- Participación en beneficios.

En algunas reclamaciones se ha puesto de manifiesto la falta de remisión anual de esta información, a pesar de tener carácter obligatorio y en caso de envío, falta de información suficiente sobre el método para su cálculo.

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

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

- En los seguros de vida en los que el valor de la prestación y/o del derecho de rescate dependen del valor de mercado de determinados activos financieros que no se identifican en el contrato, las reclamaciones se resuelven en el sentido de indicar que las entidades incumplen lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.
- Denegación de cobertura por parte de las entidades alegando enfermedades preexistentes a la celebración del contrato, no declaradas, cuando no se ha sometido al tomador a cuestionario de salud.

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

1.2. CONTRATOS DE SEGUROS VINCULADOS A PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS.

- Exigencia de prima única en la contratación de seguros de vida o de daños ligados a préstamos hipotecarios, sin ofrecer la posibilidad de contratación de un seguro anual renovable.

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

En el momento de publicación de esta Memoria se está tramitando el Proyecto de Ley reguladora de los contratos de crédito inmobiliario, que establecerá nuevas normas de transparencia en materia de ventas vinculadas y ventas combinadas de préstamos y otros productos, entre ellos, los seguros contratados en garantía del cumplimiento de las obligaciones del contrato de préstamo.

- Designación como beneficiario de un seguro de daños sobre un bien hipotecado al acreedor hipotecario.

Sólo el propietario del bien asegurado tiene derecho a percibir la indemnización, conteniendo el artículo 40 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro un régimen especial de los derechos de los acreedores hipotecarios sobre las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados. Además, hay que señalar que para determinadas garantías, tales como la defensa jurídica o la responsabilidad civil, el acreedor hipotecario carece de cualquier clase de interés.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. SEGURO DEL AUTOMÓVIL

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

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

Este régimen obliga a las aseguradoras a fundamentar sus decisiones en el caso de ofrecer una determinada indemnización o rehusar un siniestro a las víctimas de accidentes de tráfico.

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

- 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.

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

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

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

En estos expedientes se indica que las aseguradoras de los vehículos culpables deberían proporcionar un vehículo de sustitución de similares características al siniestrado, o reembolsar el coste del alquiler de un vehículo o de los medios de transporte utilizados por el perjudicado, hasta el abono de la indemnización.

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

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

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

1.4. SEGUROS DE HOGAR

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

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

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

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

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5. SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA

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

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

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

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

- Respecto al cuestionario de salud que debe ser cumplimentado antes de la contratación, en ocasiones no se somete a la firma del asegurado; en otras, el reclamante denuncia que el propio agente de la aseguradora fue el que se encargó de rellenarlo sin la participación activa del tomador.

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

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

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

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

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

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

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

- Exclusión de cobertura por la entidad aseguradora de la asistencia sanitaria de carácter urgente, si ésta se produce durante el periodo de carencia establecido en un seguro de enfermedad o asistencia sanitaria.

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

1.6. CONTRATOS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

- En algunos seguros de asistencia en viaje, figura como tomador el operador mayorista que organiza el viaje, en vez del asegurado, que es quien paga la prima y por tanto el auténtico tomador del seguro.

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

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

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

1.7. SEGUROS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

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

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

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

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

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

1.8. SEGURO DE DEFENSA JURÍDICA.

- En las reclamaciones relativas a los seguro de defensa jurídica se observa que las entidades argumentan, en ocasiones, que consideran inviable, por su carácter temerario o por otras razones previstas en la póliza, una determinada reclamación de su asegurado, dejando a éste la posibilidad de que se defienda por su cuenta, asumiendo únicamente los gastos de abogado y procurador si tiene éxito en su reclamación. Las entidades no justifican en la mayoría de ocasiones la citada inviabilidad.

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

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

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

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

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

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

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

- En los casos que se indican a continuación, el criterio del Servicio de Reclamaciones es entender que la actuación de las entidades reclamadas resulta contraria a las buenas prácticas y usos financieros:
 - Falta de información sobre las causas de denegación de un siniestro o de justificación de un importe ofrecido como indemnización.
 - Cuando el proceso de determinación de la indemnización se alarga y el asegurado no está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por la entidad aseguradora, esta, sin previo aviso, ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.
 - Cuando se trata de reclamaciones en las que el importe de los daños resulta inferior a los gastos de una tasación, el hecho de que las entidades remitan al asegurado, sin más explicación, al trámite pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

1.10. OTRAS ACTUACIONES

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

En estos expedientes se indica que la entidad incumple lo dispuesto en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

- Servicios de atención al cliente que comunican a sus asegurados que el siniestro no está cubierto según el informe pericial, sin proporcionar ninguna explicación adicional. Posteriormente, cuando los asegurados solicitan el contenido de este informe, la entidad aseguradora no se lo proporciona y, únicamente cuando presentan una reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones acceden a entregar el informe.

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

2. PLANES DE PENSIONES

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

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

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

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

- Movilización de derechos consolidados y económicos.

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

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

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

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

Igualmente se denuncian en ocasiones retrasos injustificados en la puesta a disposición de los beneficiarios de la prestación correspondiente, una vez que han sido aportados todos los documentos solicitados por la entidad gestora.

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

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

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

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

ANEXO 1. CUADROS ESTADÍSTICOS.

El cuadro A.1.I ofrece una clasificación de las consultas, quejas y reclamaciones en materia de contrato seguro, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año, atendiendo al domicilio del interesado.

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

CUADRO A.1.I
EXPEDIENTES PRESENTADOS EN 2017 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Almería	117	8,15
	Cádiz	197	13,73
	Córdoba	127	8,85
	Granada	148	10,31
	Huelva	76	5,30
	Jaén	100	6,97
	Málaga	278	19,37
	Sevilla	392	27,32
Andalucía		1.435	15,34
	Huesca	34	15,60
	Teruel	25	11,47
	Zaragoza	159	72,94
Aragón		218	2,33
	Asturias	228	100,00
Asturias		228	2,44
	Illes Balears	207	100,00
Baleares		207	2,21
	Palmas (Las)	150	42,09
	Santa Cruz de Tenerife	225	57,91
Canarias		375	4,01
	Cantabria	146	100,00
Cantabria		146	1,56
	Albacete	68	18,18
	Ciudad Real	138	31,26
	Cuenca	30	5,99

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Guadalajara	72	15,30
	Toledo	148	29,27
Castilla la Mancha		456	4,87
	Ávila	24	3,88
	Burgos	107	17,21
	León	102	21,86
	Palencia	19	3,72
	Salamanca	69	15,66
	Segovia	25	6,20
	Soria	14	1,71
	Valladolid	130	22,48
	Zamora	21	7,29
Castilla y León		511	5,46
	Barcelona	784	82,42
	Girona	66	6,26
	Lleida	35	4,44
	Tarragona	101	6,87
Cataluña		986	10,54
	Ceuta	8	100,00
Ceuta		8	0,09
	Alicante	380	35,57
	Castellón	67	8,52
	Valencia	584	56,64
Comunidad Valenciana		1.031	11,02
	Badajoz	143	70,10
	Cáceres	61	29,90
Extremadura		204	2,18
	Coruña, A	284	45,59
	Lugo	57	9,15
	Ourense	47	7,54
	Pontevedra	235	37,72
Galicia		623	6,66
	Madrid	2.007	100,00
Madrid		2.007	21,45
	Melilla	6	100,00
Melilla		6	0,06
	Murcia	357	100,00
Murcia		357	3,82
	Navarra	76	100,00
Navarra		76	0,81
	Álava	63	16,89
	Guipúzcoa	91	24,40
	Vizcaya	219	58,71

TERRITORIO		NÚMERO	%
País Vasco		373	3,99
	Rioja (La)	56	100,00
Rioja (La)		56	0,60
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		9.303	99,42
TOTAL PRESENTADOS FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL		54	0,58
TOTAL		9.357	100,00

El cuadro A.1.II muestra el número total de reclamaciones presentadas durante el año atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. La distribución de las reclamaciones sigue un esquema similar al de años precedentes.

CUADRO A.1.II.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS PRESENTADOS EN 2017
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	5.294	83,97
Entidad Extranjera (Sucursal)	451	7,15
Mutua	399	6,33
Entidad Extranjera (L.P.S.)	76	1,21
Mutualidad de Previsión Social	62	0,98
Otras Formas Jurídicas	15	0,24
Agrupaciones	8	0,13
TOTAL	6.706	100,00

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2016).

**CUADRO A.1.III.
RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN MEMORIAS
ANTERIORES**

AÑO 2004

SEGUROS	
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	
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.

AÑO 2005

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

AÑO 2006

SEGUROS
<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.

AÑO 2007

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

AÑO 2008

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

AÑO 2009

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

AÑO 2010

SEGUROS
Seguros de personas <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. Seguros de daños <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.
MEDIACION
<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.

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.
MEDIACION
<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.

AÑO 2012

SEGUROS	
Seguros de personas	
1.	Rechazo del pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad preexistente.
2.	Inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal.
3.	Rechazo de cobertura de intervención quirúrgica por aplicación de nuevas técnicas.
4.	Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud.
Seguros de daños	
5.	Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.
6.	Oposición a la prórroga.
7.	Gastos por desistimiento en la contratación a distancia.
8.	Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro.
9.	Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.
MEDIACION	
10.	Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.
PLANES DE PENSIONES	
12.	Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.
13.	Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.
14.	Movilización realizada sin consentimiento del titular.

AÑO 2013

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

AÑO 2014

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

AÑO 2015

SEGUROS	
Seguros de personas	
1	Plazo de carencia en un seguro de hospitalización.
2	Condiciones impuestas por una entidad para proceder a la anulación de una póliza vinculada a un préstamo.
Seguros de daños	
3	Responsabilidad civil en el ejercicio de la actividad asegurada.
4	Interpretación de una cláusula de la garantía de defensa jurídica de una póliza.
5	Inadmisión de la reclamación por falta de competencia del Servicio de Reclamaciones.
6	Oferta motivada en un seguro del automóvil.
MEDIACION	
7	Información a suministrar en la oposición a la prórroga.
PLANES DE PENSIONES	
8	Cobro de la prestación de fallecimiento en favor de parte de los hijos del partícipe fallecido.
9	Falta de claridad de la publicidad relativa a la garantía financiera externa de un plan de pensiones.
10	Retraso en la movilización de un plan de previsión asegurado a un plan de pensiones.

AÑO 2016

SEGUROS	
Seguros de personas	
1	Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el derecho de rescate en una póliza de vida
2	Denegación a un tomador, en un seguro de vida, del ejercicio del derecho de rescate
3	Cobertura del coste de una prótesis en un seguro de asistencia sanitaria
4	Cobertura médico-quirúrgica en una póliza de asistencia sanitaria
5	Cláusula limitativa de los derechos de los asegurados en una póliza de accidentes
Seguros de daños	
6	Seguro de hogar vinculado a un préstamo hipotecario
7	Contradicción en las cláusulas de un contrato multirriesgo empresarial
8	Responsabilidad civil post-trabajos en el ejercicio de la actividad asegurada
9	Incumplimiento de los requisitos de la oferta motivada
10	Cobertura de hurto en un seguro de móviles
11	Deficiente tramitación de un siniestro de daños por agua y defensa jurídica
MEDIACION	
12	Derecho de desistimiento e información a suministrar en los contratos de seguros celebrados a distancia
PLANES DE PENSIONES	
13	Cobro de la prestación de jubilación con motivo del acceso efectivo a la jubilación en el país de referencia
14	Destino de aportaciones posteriores a la jubilación anticipada
15	Seguro colectivo de ahorro asociado al plan de pensiones

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

A) NORMATIVA GENERAL DE PROTECCIÓN

- **Ley 44/2002**, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (Capítulo V relativo a la protección de clientes de servicios financieros.)
- **Ley 22/2007**, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- **Ley 39/2015**, 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- **Ley 7/2017**, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.
- **Real Decreto Legislativo 1/2007**, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- **Orden ECO/734/2004**, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- **Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre**, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Orden ECC/2329/2014**, de 12 de diciembre, por la que se regula el cálculo de la rentabilidad esperada de las operaciones de seguro de vida.
- **Orden ECC/2316/2015**, de 4 de noviembre, relativa a las obligaciones de información y clasificación de productos financieros.
- **Resolución** de 23 de julio de 2014, de la Subsecretaría, por la que se aprueban nuevos procedimientos, trámites y comunicaciones en el ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.

B) SEGUROS, EN GENERAL

- **Ley 50/1980**, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- **Ley 20/2005**, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- **Ley 20/2015**, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- **Real Decreto 398/2007**, de 23 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento.

- **Real Decreto 1060/2015**, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

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