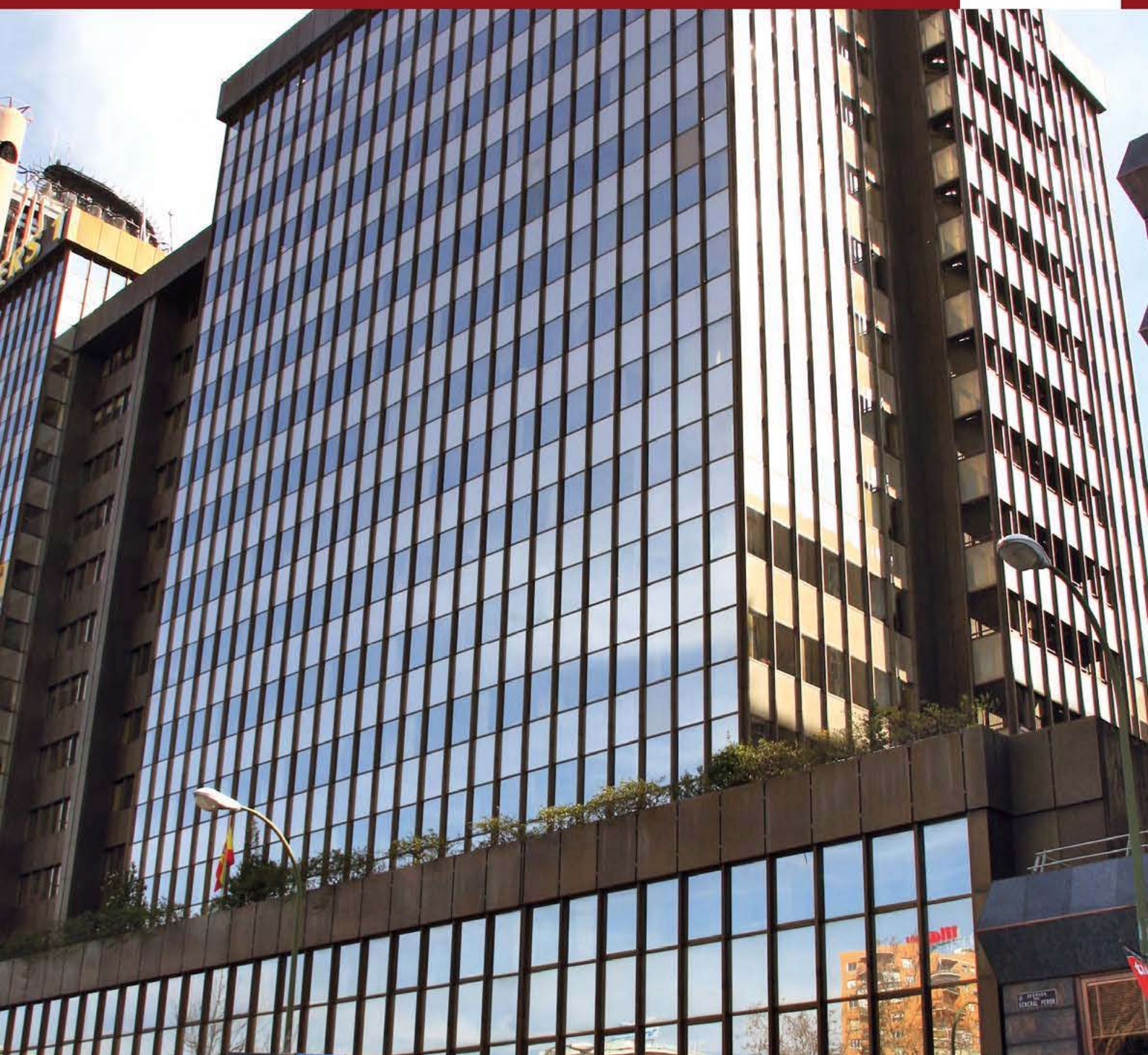


MEMORIA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

20
18



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y EMPRESA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA Y
APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS Y FONDOS
DE PENSIONES

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

15 de junio de 2019
NIPO: 102-19-079-9

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2018

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 Telefónica

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 2018 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2018

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2018
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2018 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2018 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2018 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2018 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2018
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2018 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2018 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2018 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2018 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2018 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2018 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Mediación

- XI Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2018
- XII Reclamaciones de mediación resueltas en 2018 clasificadas por asuntos
- XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2018
- XIII.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2018 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIV Evolución mensual de expedientes iniciados en 2018
- XV Reclamaciones resueltas en 2018 clasificadas por asuntos
- XVI Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2018
- XVII Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2018 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 2018

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

- XIX Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2018
- XX Reclamaciones de las entidades aseguradoras que posteriormente se presentan en el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP

Expedientes de especial interés

- XXI Relación de expedientes de especial interés publicados en 2018
- A.1.III Relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores

PRESENTACIÓN

El presente informe resume la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2018. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, establece las competencias que corresponden en el ámbito de los seguros privados y los planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el servicio con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Como novedad, cabe destacar que en el Real Decreto 1046/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Empresa, se establece la nueva dependencia directa del Servicio de Reclamaciones del titular de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en tanto no se desarrollen las previsiones de la disposición adicional primera 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. Dicha disposición establece la creación de una única entidad para la resolución de litigios de consumo en el sector financiero. Esta norma establece asimismo que debe garantizarse, en especial, la independencia organizativa y funcional del servicio en el seno del organismo donde está incardinado.

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 2018, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, mediación y planes de pensiones. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número total de **expedientes iniciados** durante el año 2018 ha aumentado un 7,12% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 10.383. El aumento es de un 7,42% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de planes de pensiones se ha producido una disminución del 13,93%.
- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 9.461, lo que supone un aumento de casi un 12% respecto al año anterior.
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 31% aproximadamente terminó con un informe favorable a la entidad, un 28% finalizó con un informe favorable al interesado y en el restante 41% 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 52% se ha resuelto a favor de la entidad y el restante 48% 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 2018, 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 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.

Entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018, como en años anteriores, hay que destacar la colaboración continuada con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, en el desarrollo del **Plan de Educación Financiera** promovido por estos dos organismos supervisores. La andadura del plan comenzó en 2008 con la firma de un convenio quinquenal que se renovó para el periodo 2013-2017. En 2018 se ha firmado un tercer convenio que finaliza en 2021, por lo que el plan ha demostrado su vocación de permanencia. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del mismo se encuentra la página web 'finanzasparatodos', donde se compila todo tipo de información sobre economía familiar, accesible a todos los ciudadanos, y la séptima edición del Programa de Educación Financiera. En el curso 2017-2018 se adhirieron al mismo 762 centros educativos, abarcando más de 24.000 estudiantes y más de 700 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

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

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

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO 2018

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 2018.

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

Este capítulo se divide en cuatro apartados:

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

Conviene señalar que, al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren tanto a **expedientes iniciados**, como a **expedientes resueltos**. A efectos de esta publicación, los expedientes iniciados son los expedientes que derivan de reclamaciones, quejas o consultas, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018, 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 2018, independientemente de que se iniciaran en 2018 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 2018.

El cuadro I contiene las cifras del total de expedientes de consultas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018 y los dos anteriores. Este año no se ha iniciado ningún expediente de queja, confirmándose la tendencia de años anteriores.

CUADRO I
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS

PERÍODO	2016	2017	2018
Enero	795	782	757
Febrero	1.019	982	954
Marzo	955	1105	952
Abril	925	746	872
Mayo	1.007	929	1056
Junio	869	943	947
Julio	737	749	841
Agosto	604	640	710
Septiembre	806	670	773
Octubre	923	776	964
Noviembre	803	716	846
Diciembre	738	655	711
TOTALES	10.181	9.693	10.383

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 Organización, Estudios y Previsión social Complementaria¹. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 10.518 expedientes iniciados en 2018, frente a los 9.789 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2018. 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. Estas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones o mediación. Este año no se han presentado quejas.

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

Período	Reclamación de seguros	Reclamación de planes	Reclamación mediadores	Consultas	Consultas planes	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	481	8	7	4	6	251	757
Febrero	612	11	9	13	7	302	954
Marzo	625	8	8	3	3	305	952
Abril	572	9	2	10	4	275	872
Mayo	744	10	9	11	9	273	1056
Junio	640	14	5	7	6	275	947
Julio	545	9	9	2	6	270	841
Agosto	442	10	6	2	4	246	710
Septiembre	536	3	3	6	4	221	773
Octubre	609	8	5	10	4	328	964
Noviembre	533	10	1	6	5	291	846
Diciembre	447	5	7	6	3	243	711
TOTAL 2018	6.786	105	71	80	61	3.280	10.383
TOTAL 2017	6.317	122	81	50	57	3.066	9.693
DIFERENCIA	469	-17	-10	30	4	214	690
% VARIACION	7,42	-13,93	-12,35	60	7,02	6,98	7,12

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018. 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 2018 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 2018 y los presentados en años anteriores.

CUADRO III
EXPEDIENTES RESUELTOS AL CIERRE DE 2018
CLASIFICADOS POR TIPOS

TIPO DE EXPEDIENTE	TOTAL RESUELTOS EN 2018		
	INICIADOS ANTES DE 01/01/2018	INICIADOS EN 2018	TOTAL
Reclamación de seguros	5.162	689	5.851
Reclamación de planes	88	32	120
Reclamación de mediadores	84	5	89
Consulta	24	54	78
Consulta planes	9	33	42
Queja	1	0	1
Escritos no admitidos	0	3.280	3.280
TOTAL	5.368	4.093	9.461

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018.

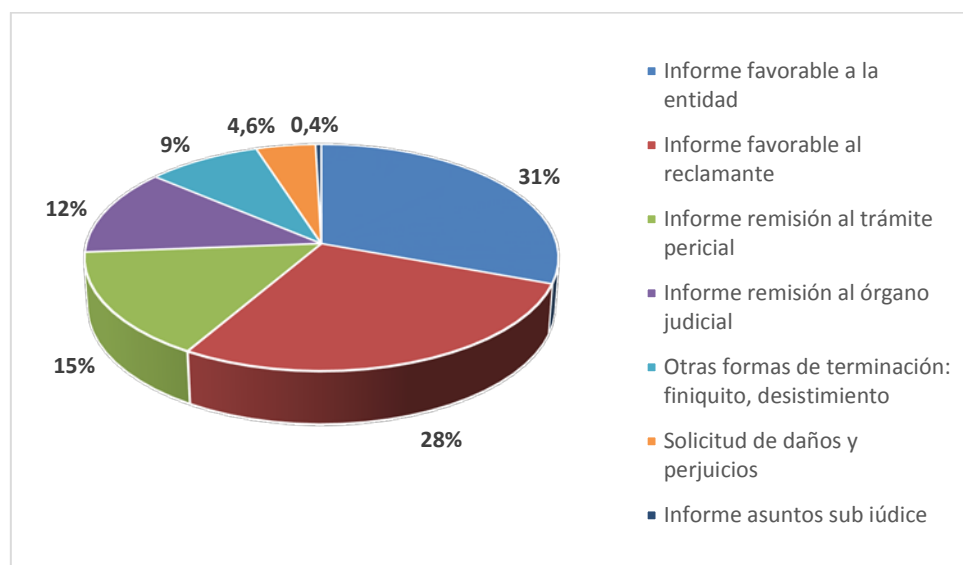
CUADRO IV
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2018

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTAL	%
1) Reclamaciones resueltas		6.060	64,05
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable a la entidad	1.856		
Informe favorable al reclamante	1.688		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	533		
Informe asuntos sub iúdice	27		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	928		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	751		
Solicitud de daños y perjuicios	277		
2) Escritos no admitidos		3.280	34,67
TOTAL RECLAMACIONES		9.340	
CONSULTAS			
3) Resolución de consultas		120	1,27
QUEJAS			
4) Resolución de quejas		1	0,01
EXPEDIENTES TERMINADOS		9.461	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 2018.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN



Del total de los expedientes terminados, 6.060 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 64% del total de expedientes resueltos en 2018. 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 1.856, lo que supone el **31%** del total de las reclamaciones.
- Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.688, lo que supone el **28%** 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 928, lo que representa el **15%** 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 751 expedientes, lo que supone un **12%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos, cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.
- El apartado de "**otras formas de terminación**" recoge las reclamaciones que finalizan, entre otras causas, por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior o posterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 533 y suponen el **9%** del total de las resueltas.
- Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 277, suponiendo un **4,6%**, del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- Por último, las 27 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba

en litigio ante los tribunales de justicia, representan el **0,4%** del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente al no ser el Servicio de Reclamaciones competente para resolver los conflictos que ya hayan sido planteados ante los jueces y tribunales, informando al interesado de esta circunstancia.

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

Los **escritos que no fueron admitidos a trámite desde su presentación** son aquellos que no 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 2018 clasificados por tipos. Como se ha comentado en el anterior apartado, en 2018 no se han registrado expedientes admitidos de queja, aunque sí, como puede observarse en el cuadro V, un expediente no admitido de ese tipo.

CUADRO V
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2018

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	481	242	4	4	0	731
Febrero	612	290	13	3	0	918
Marzo	625	293	3	6	0	927
Abril	572	260	10	7	0	849
Mayo	744	261	11	7	0	1.023
Junio	640	262	7	8	1	917
Julio	545	260	2	4	0	811
Agosto	442	238	2	5	0	687
Septiembre	536	208	6	8	0	758
Octubre	609	310	10	7	0	936
Noviembre	533	275	6	7	0	821
Diciembre	447	237	6	3	0	693
TOTAL 2018	6.786	3.136	80	69	1	10.072
TOTAL 2017	6.317	2.900	50	93	0	9.357
DIFERENCIA	469	236	30	-24	1	715
% VARIACION	7,42	8,14	60	-25,81	--	7,64

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2018.

CUADRO VI
RECLAMACIONES DE SEGUROS PRESENTADAS EN 2018
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS

RAMOS O AGRUPACIONES	TOTAL 2018	% S/ TOTAL 2018	TOTAL 2017	% S/ TOTAL 2017	DIFERENCIA 2018 - 2017
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.626	38,71	2.323	36,84	303
Vehículos	886	13,06	869	13,78	17
Enfermedad	707	10,42	711	11,09	-4
Vida	697	10,27	666	10,56	31
Defensa jurídica	616	9,08	597	9,47	19
Responsabilidad civil general	321	4,73	284	4,50	37
Perdidas pecuniarias diversas	283	4,17	271	4,30	12
Decesos	259	3,82	237	3,76	22
Accidentes	200	2,95	211	3,35	-11
Asistencia	189	2,79	148	2,35	41
Caución	2	0,03	0	0	2
TOTAL	6.786	100	6.317	100	469

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 2018, agrupados por ramos. En los casos en que una reclamación afecta a varios asuntos, se ha incluido en el epígrafe que se refiere a la cuestión principal.

CUADRO VII.1
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2018
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Rechazo del siniestro	75	21,74
Falta de información o información incorrecta	59	17,10
Disconformidad con el importe recibido	45	13,04
Devolución de prima no consumida	36	10,43
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	34	9,86
Otras materias	27	7,83
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	21	6,09
Retraso en el pago	19	5,51
Alta o modificación sin autorización del cliente	16	4,64
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	13	3,77
TOTAL	345	5,90

RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Rechazo del siniestro	41	50,00
Disconformidad con el importe de la indemnización	18	21,95
Otras materias	10	12,20
Falta o de información o información incorrecta	5	6,10
Retraso en el pago	4	4,88
Remisión al trámite pericial	4	4,88
TOTAL	82	1,40

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Rechazo del siniestro	147	41,53
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	46	12,99
Aumento de prima	37	10,45
Disconformidad con la prestación	33	9,32
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	25	7,06
Otras materias	25	7,06
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	19	5,37
Solicitud de devolución de prima no consumida	12	3,39
Modificaciones en el contrato	10	2,82
TOTAL	354	6,05

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Rechazo del siniestro	1.448	56,10
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	681	26,39
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	86	3,33
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	80	3,10
Solicitud de devolución de prima no consumida	66	2,56
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	65	2,52
Otras materias	56	2,17
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	29	1,12
Alta o modificación sin autorización del cliente	29	1,12
Aumento de prima	21	0,81
Falta de información o información incorrecta	20	0,77
TOTAL	2.581	44,11

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Rechazo del siniestro	182	23,82
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	157	20,55
Solicitud de devolución de prima no consumida	141	18,46
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	95	5,50
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	42	4,71
Falta de información o información incorrecta	40	3,66
Aumento de prima	36	3,53
Alta o modificación sin autorización del cliente	28	2,09
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	27	23,82
Otras materias	16	20,55
TOTAL	764	13,06

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Rechazo del siniestro	309	73,75
Disconformidad con la valoración de la indemnización	69	16,47
Otras materias	21	5,01
Retraso en el pago o en la tramitación	13	1,67
Falta de información o información incorrecta	7	73,75
TOTAL	419	7,16

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Rechazo del siniestro	202	69,18
Disconformidad con la valoración de la indemnización	39	13,36
Otras materias	21	7,19
Retraso en el pago o en la tramitación de la indemnización	18	6,16
Falta de información o información incorrecta	12	4,11
TOTAL	292	4,99

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Rechazo del siniestro	419	46,24
Disconformidad con la valoración de la indemnización	135	36,56
Retraso en el pago o en la tramitación de indemnización	42	6,99
Otras materias	13	5,91
Falta de información o información incorrecta	6	4,30
TOTAL	615	10,51

RAMO 18.- ASISTENCIA	Nº	%
Rechazo del siniestro	86	46,24
Disconformidad con la prestación	68	36,56
Retraso en la prestación o en la tramitación	13	6,99
Falta de información o información incorrecta	11	5,91
Otras materias	8	4,30
TOTAL	186	3,18

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Aumento de prima	54	25,35
Modificaciones del contrato	35	16,43
Disconformidad con la forma de prestación	31	14,55
Otras materias	30	14,08
Rechazo de la prestación	29	13,62
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	22	5,63
Falta de información o información incorrecta	12	16,43
TOTAL	213	3,64

TODOS LOS RAMOS	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2018	5.851	100

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

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

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

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

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

- Seguro de vida.

En el año 2018 el principal motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de vida**, más de un 21%, deriva del rehúse del siniestro por parte de la aseguradora, principalmente por las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador, alegadas por la entidad. Como en años anteriores, es necesario seguir insistiendo en la importancia que tienen los cuestionarios de salud en el ramo de vida, tanto para los tomadores como para las entidades aseguradoras. Para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada por la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras deben ser igualmente conscientes del valor de los cuestionarios de salud, pues permiten seleccionar y valorar adecuadamente los riesgos antes de la contratación.

El segundo motivo de reclamación, más del 17%, tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación y/o durante la vida del contrato. Los reclamantes ponen de manifiesto la deficiente información recibida en los casos que señalan, e incluso alegan que desconocían que el producto contratado tuviese la naturaleza de un contrato de seguro en lugar de un producto bancario con liquidez garantizada. Por parte del Servicio de Reclamaciones quiere resaltarse que los nombres comerciales que se dan a los diferentes productos no deberían dejar lugar a dudas de que lo que se está contratando es un seguro; asimismo, tanto la información previa, reforzada por la normativa reciente, como la redacción del propio contrato, deben ser lo más claras y precisas posibles, aún en el caso de tratarse de productos complejos. En este sentido es fundamental incidir en la formación y en las prácticas de comercialización de todo tipo de distribuidores de seguros.

El tercero de los motivos deriva de la disconformidad con el importe recibido, tanto a vencimiento como para el caso del ejercicio, por parte del tomador, del derecho de rescate. La discrepancia deriva de la aplicación de gastos que figuran, o no, en el contrato; del desconocimiento de que el derecho de rescate y/o vencimiento se vincula al valor de los activos financieros vinculados a la póliza cuya identificación a veces se desconoce, etc. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados en nuestro mercado asegurador, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje transparente y directo, que no pueda dar lugar a equívocos, de forma que el tomador comprenda desde el primer momento todas las características del tipo de contrato que suscribe.

- Seguro de accidentes.

En el **ramo de accidentes** el 50% de las reclamaciones resueltas tiene que ver con la negativa de la entidad a abonar el importe de la indemnización, fundamentalmente por no darse la situación de incapacidad en los términos previstos en la póliza o por inexactitudes, alegadas por la entidad, en cuanto a la cumplimentación por el tomador, del cuestionario previo a la contratación.

El segundo motivo de reclamación, casi el 22%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que tiene su origen en la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria.

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, más de un 41%, principalmente de nuevo por la interpretación del cuestionario de salud, pero también por los casos en los que se discute sobre si los tratamientos realizados con nuevas técnicas que se van incorporando a la práctica habitual de la medicina y que no existían en la fecha en que se contrató la póliza, están incluidos o no, dentro de las prestaciones garantizadas de acuerdo con la redacción de los contratos. Es frecuente encontrar discrepancias sobre si, no estando cubierto un tratamiento médico determinado, la exclusión se extiende o no, al resto de pruebas y consultas médicas que lleva aparejado dicho tratamiento médico.

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

- Seguro de decesos.

En el **seguro de decesos** destacan los casos de reclamaciones derivadas del aumento de la prima, más del 25%, aumentos que se deben principalmente al incremento del riesgo en función de la edad del asegurado y a la actualización del coste de los servicios funerarios. En este punto conviene recordar las exigencias de información previa a la contratación, recogidas para esta modalidad de seguros en el artículo 125 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras. Así, y entre otras exigencias, la nota informativa previa debe incluir un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance los noventa años.

En segundo lugar se sitúan las reclamaciones que se refieren al resto de modificaciones contractuales, en torno al 16%. Estas tienen que ver principalmente con cambios en el contenido de los servicios funerarios incluidos en las pólizas y en el número de asegurados. En tercer lugar destacan las reclamaciones que derivan de la disconformidad en la forma de la prestación del servicio fúnebre y en ellas se incluyen, entre otras, solicitudes de devolución de cantidades correspondientes a servicios no prestados e indemnizaciones por daños y perjuicios.

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

- Seguro de automóviles.

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos** el asunto más destacado, casi el 24% de las reclamaciones, tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad, generalmente por no coincidir los hechos declarados por el asegurado con las comprobaciones realizadas por la entidad, en el caso de la cobertura de daños propios, o por no quedar acreditada la responsabilidad del presunto responsable, en el caso del seguro de responsabilidad civil obligatoria. Para este último supuesto, el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una respuesta motivada conforme a la normativa vigente.

También son relevantes, más del 20%, las reclamaciones que versan sobre la diferente valoración de los daños que hacen las partes, que incluyen aquellas en las que la discrepancia alcanza incluso a si algunos de los daños reclamados se corresponden con el siniestro objeto de la reclamación o con siniestros anteriores y a la interpretación de las cláusulas de indemnización por el valor venal del vehículo. Si se trata de la cobertura de responsabilidad civil obligatoria el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una oferta motivada conforme a la normativa vigente.

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

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

En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** el asunto más destacado es, de nuevo, el rehúse del siniestro por parte de la entidad, más del 56%, que suele tener que ver con la discrepancia respecto al origen de los daños o al momento en que estos se producen, que, sin ánimo de ser exhaustivos abarcarían: falta de mantenimiento, defecto o vicio propio de las cosas, defectos de construcción, ocurrencia anterior a la suscripción del contrato y otras exclusiones recogidas en la póliza.

En segundo lugar, en torno al 26%, se encuentran las reclamaciones derivadas de la disconformidad del asegurado con el importe ofrecido como indemnización por la entidad por numerosas causas: por existir una situación de infraseguro, porque parte de los daños no resultan objeto de cobertura, etc. En la misma categoría se encuentran las reclamaciones que tienen que ver con la disconformidad respecto a la forma de reparación de los daños por parte de los operarios enviados por la entidad y en las que se alega por los reclamantes la falta de calidad de los trabajos realizados.

- Seguro de responsabilidad civil.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, casi el 74% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen principalmente se encuentra tanto en la falta de claridad en la redacción de los contratos, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial, como en las numerosas exclusiones de este tipo de seguros.

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

- Seguro de pérdidas pecuniarias diversas.

En el **ramo de pérdidas pecuniarias diversas** el asunto que genera mayor número de reclamaciones, más del 69%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de la entidad.

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

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

- Seguro de defensa jurídica.

En el **ramo de defensa jurídica** el motivo de reclamación más numeroso, 46%, es el rehúse del siniestro, que tiene que ver con la diferente interpretación que hacen las partes de las cláusulas del contrato, y, en especial, con la aplicación de las cláusulas limitativas referidas a que la entidad no viene obligada a asumir los gastos de defensa jurídica cuando se trate de reclamaciones injustificadas en función de la responsabilidad del hecho o manifiestamente desproporcionadas con la valoración de los daños y perjuicios, salvo que se obtenga, por parte del asegurado, una resolución judicial favorable a sus intereses.

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

- Seguro de asistencia.

En el **ramo de asistencia** la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, un 46%, que suele referirse a las diferentes interpretaciones que realizan las partes en supuestos de anulación de viaje, pérdida de enlaces, pérdida de equipaje, traslado del vehículo al taller más cercano, etc. En segundo lugar se encontrarían las reclamaciones derivadas de la disconformidad en la prestación del servicio de asistencia en viaje.

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

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

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

CUADRO VII.2
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2018 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	2.581	257	158	415	16,08	807	31,27	1.359	52,65
RAMOS 3 Y 10 VEHICULOS TERRESTRES	764	179	81	260	34,03	251	32,85	253	33,12
RAMO 17 DEFENSA JURIDICA	615	68	243	311	50,57	113	18,37	191	31,06
RAMO 13 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	419	19	105	124	29,59	69	16,47	226	53,94
RAMO 2 ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	354	76	67	143	40,40	91	25,71	120	33,90
RAMO 0 VIDA	345	72	68	140	40,58	103	29,86	102	29,57
RAMO 16 PERDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	292	17	26	43	14,73	169	57,88	80	27,40
RAMO 19 DECESOS	213	18	87	105	49,30	61	28,64	47	22,07

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
RAMO 18 ASISTENCIA	186	9	15	24	12,90	94	50,54	68	36,56
RAMO 1 ACCIDENTES	82	18	13	31	37,80	25	30,49	26	31,71
TOTAL	5.851	733	863	1.596	27	1.783	30	2.472	42

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018.

CUADRO VIII
CONSULTAS RESUELTAS EN 2018 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA

MATERIA	Nº	%
Información sobre normativa general de contrato de seguro	45	57,69
Información sobre seguro de personas	18	23,08
Información sobre seguros de daños	11	14,10
Información sobre otras materias	4	5,13
TOTAL	78	100

Los asuntos sobre los que versan las consultas presentan una gran diversidad; no obstante, en el citado cuadro se han agrupado por materias, atendiendo a sus notas comunes, con el objeto de poder realizar un análisis de las cuestiones que suscitan dudas a los ciudadanos en materia de contrato de seguro. Los asuntos que han motivado el mayor número de consultas durante 2018 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.

El apartado sobre la información relativa a seguros de personas incluye las consultas de los ciudadanos sobre la posible existencia de registros de pólizas y asegurados. Desde el Servicio de Reclamaciones se indica que el Ministerio de 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.

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.

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 demora 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 2018. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2018, el total de reclamaciones presentadas en el año 2017, 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 2018

DENOMINACIÓN	TOTAL 2018	TOTAL 2017	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	658	614	44	7,17	0,1362
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	455	386	69	17,88	0,1398
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	368	330	38	11,52	0,4314
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	347	270	77	28,52	0,2569
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	315	332	-17	-5,12	0,1458
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	294	273	21	7,69	0,1761
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	268	238	30	12,61	0,1935
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	204	193	11	5,70	0,0547
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	197	152	45	29,61	0,1961
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	195	174	21	12,07	0,1162

DENOMINACIÓN	TOTAL 2018	TOTAL 2017	DIFERENCIA	% VARIACION	RATIO RECLAMACIONES
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	182	167	15	8,98	0,4956
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	135	150	-15	-10	0,1766
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	127	127	0	0	0,1461
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	124	111	13	11,71	0,2944
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	106	96	10	10,42	0,0129
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	105	120	-15	-12,50	0,0948
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	101	102	-1	-0,98	0,0745
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	96	95	1	1,05	0,0643
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	83	88	-5	-5,68	0,0615
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	79	98	-19	-19,39	VER NOTA
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	73	0	0	0,3683
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	72	63	9	14,29	0,1109
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	66	79	-13	-16,46	0,2066
BANKIA MAPFRE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	64	54	10	18,52	0,1251
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	62	36	26	72,22	1,9626

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2018.
- Respecto a la entidad Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser una sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.

El 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 2018 EN RELACIÓN AL VOLUMEN DE PRIMAS DEVENGADAS

ENTIDADES	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2018	RATIO RECLAMACIONES
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	62	31.590.889	1,9626
LEGALITAS COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	22	35.257.685	0,6240
DIVINA PASTORA, SEGUROS GENERALES, S.A.U.	14	27.541.897	0,5083

ENTIDADES	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2018	RATIO RECLAMACIONES
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	52	104.450.771	0,4978
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	182	367.197.681	0,4956
MM HOGAR SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS	41	67.483.577	0,6076
VERTI ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	32	73.765.187	0,4338
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	368	853.119.551	0,4314
NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	17	39.452.100	0,4309
CAJAMAR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	25	63.971.415	0,3908
AEGON ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	55	146.646.064	0,3751
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	198.184.592	0,3683
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	51	154.243.604	0,3306
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	124	421.226.140	0,2944
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	33	116.258.056	0,2839
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	347	1.350.844.564	0,2569
FENIX DIRECTO, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	17	69.823.195	0,2435
RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	54	227.791.278	0,2371
MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISION DEL HOGAR DIVINA PASTORA, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA	43	193.416.693,04	0,2223
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	66	319.426.746	0,2066
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	197	1.004.426.543	0,1961
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	268	1.385.315.177	0,1935
SEGUROS LAGUN ARO, S.A.	23	119.208.559	0,1929
ALMUDENA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	17	93.833.453	0,1812
PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	11	61.005.898	0,1803

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2018.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2018. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2018 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 2018. 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 2018 EN
RELACIÓN CON EL NÚMERO DE RECLAMACIONES

ENTIDADES	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2018	Nº RECLAMACIONES	RATIO RECLAMACIONES
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	853.119.551 (24)	368 (3)	0,4314
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	1.350.844.564 (15)	347 (4)	0,2569
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	1.004.426.543 (21)	197 (9)	0,1961
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.385.315.177 (13)	268 (7)	0,1935
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.669.506.947 (9)	294 (6)	0,1761
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	764.485.437 (25)	135 (12)	0,1766
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	869.302.652 (23)	127 (13)	0,1461
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.161.041.864 (6)	315 (5)	0,1458
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.255.633.223 (4)	455 (2)	0,1398
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4.830.544.323 (2)	658 (1)	0,1362
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.678.717.613 (8)	195 (10)	0,1162
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.108.101.892 (20)	105 (16)	0,0948
FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS	654.916.768 (28)	54 (28)	0,0825
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.355.315.217 (14)	101 (17)	0,0745
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	1.493.786.661 (11)	96 (18)	0,0643
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.348.934.821 (16)	83 (19)	0,0615
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.730.646.787 (3)	204 (8)	0,0547
AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	671.758.259 (27)	32 (45)	0,0476
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL	1.171.663.431 (19)	40 (41)	0,0341
MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA	1.593.679.007 (10)	41 (39)	0,0257
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	1.976.962.292 (7)	46 (35)	0,0233
BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.419.589.525 (5)	40 (41)	0,0165
UNICORP VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	720.887.600 (26)	10 (79)	0,0139
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	8.217.652.695 (1)	106 (15)	0,0129
IBERCAJA VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y RASEGUROS, S.A.	1.324.979.445 (17)	17 (58)	0,0128

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2018.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2018, 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 2018 EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PÓLIZAS

ENTIDADES	RECLAMACIONES	NÚMERO PÓLIZAS	RATIO RECLAMACIONES/ NÚMERO PÓLIZAS
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	62	338.095	0,00018338
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	73	627.002	0,000116427
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	124	1.163.849	0,000106543
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	72	727.338	0,000098991
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	182	2.087.509	0,000087185
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	315	3.965.332	0,000079438
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	347	4.447.528	0,000078021
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	66	871.325	0,000075747
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	135	1.896.463	0,000071185
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	368	5.185.340	0,000070969
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	455	6.692.925	0,000067982
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	294	4.349.316	0,000067597
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	83	1.269.027	0,000065404
BANKIA MAPFRE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	64	998.804	0,0000664076
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	658	12.935.156	0,000050869
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	105	2.117.384	0,000049589
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	195	4.847.651	0,000040226
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	101	2.579.559	0,000039154
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	204	5.484.407	0,000037196
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	268	7.441.658	0,000036013
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	127	3.755.546	0,000033817
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	197	6.915.513	0,000028487

ENTIDADES	RECLAMACIONES	NÚMERO PÓLIZAS	RATIO RECLAMACIONES/ NÚMERO PÓLIZAS
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	106	4.977.216	0,000021297
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	96	11.717.500	0,000008193
ZURICH INSURANCE PLC SUCESPAÑA	79	0	VER NOTA

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2018.
- Respecto a la entidad Zurich Insurance PLC, Sucursal en España, no puede indicarse el ratio, ya que al ser una sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y por tanto a indicar el importe de primas devengadas.

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 2018 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2018 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2018, independientemente de que estos expedientes al término del año 2018 estuviesen resueltos o no.

CUADRO X
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2018 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, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	651	64	78	142	22	237	36	272	42
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	357	27	54	81	23	161	45	115	32
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	351	36	52	88	25	105	30	158	45
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	346	45	71	116	34	84	24	146	42
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	323	29	28	57	18	100	31	166	51

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	305	97	35	132	43	50	16	123	40
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	201	14	25	39	19	62	31	100	50
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	169	19	23	42	25	77	46	50	30
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	164	25	23	48	29	42	26	74	45
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	156	48	17	65	42	49	31	42	27
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	151	9	17	26	17	38	25	87	58
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	145	10	17	27	19	35	24	83	57
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	144	4	32	36	25	46	32	62	43
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	120	13	22	35	29	22	18	63	53
ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA	105	5	13	18	17	33	31	54	51
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	101	14	20	34	34	25	25	42	42
HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	96	11	10	21	22	20	21	55	57
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	94	13	13	26	28	31	33	37	39

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	71	17	12	29	41	17	24	25	35
ARAG SE SUC.ESPAÑA	71	4	16	20	28	36	51	15	21
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.	69	18	11	29	42	20	29	20	29
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA	61	25	10	35	57	9	15	17	28
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	57	3	36	39	68	11	19	7	12
KUTXABANK ASEGURADORA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	56	3	4	7	13	9	16	40	71
AWP P&C SUCURSAL EN ESPAÑA	51	2	2	4	8	35	69	12	24

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 2018 y su variación con respecto al año anterior.

CUADRO XI
EVOLUCION MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN 2018

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	7	3	10
Febrero	9	6	15
Marzo	8	3	11
Abril	2	6	8
Mayo	9	2	11
Junio	5	3	8
Julio	9	4	13
Agosto	6	0	6
Septiembre	3	1	4
Octubre	4	5	9
Noviembre	1	6	7
Diciembre	8	1	9
TOTAL 2018	71	40	111
TOTAL 2017	81	41	122
DIFERENCIA	-10	-1	-11
% VARIACION	-12,35	-2,44	-9,02

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

CUADRO XII
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS EN 2018
CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia durante la duración del contrato fue inexistente o deficiente	68	76,40
Otros motivos	21	23,60
AÑO 2018	89	100

En el siguiente cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2018 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

CUADRO XIII. 1
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN 2018

MEDIADORES	NÚMERO	%
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	23	32,39
INTERMUNDIAL XXI S.L.	13	18,31
SOCIEDAD DE PREVISIÓN BANCARIA IBERIA, CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4	5,63

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2018 por el Servicio de Reclamaciones.

CUADRO XIII. 2
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2018 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
SOCIEDAD DE PREVISIÓN BANCARIA IBERIA, CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A	26	7	5	12	46,14	7	26,93	7	26,93
CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURIA SEG., S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES	14	1	2	3	21,43	5	35,72	6	42,85
INTERMUNDIAL XXI SL	12	0	4	4	33,33	3	25	5	41,67

4. PLANES DE PENSIONES

El Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las consultas, quejas y reclamaciones que se presenten en materia de planes y fondos de pensiones. Esta parte dedicada a planes de pensiones se divide en dos apartados: uno referido a los datos sobre reclamaciones de planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares, y el segundo relativo a las reclamaciones de planes de pensiones de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares, que se resuelven en la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria.

Respecto de las reclamaciones relativas a planes de pensiones individuales cabe mencionar que el Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones formuladas frente a las entidades gestoras y depositarias de fondos de pensiones personales, así como frente a los comercializadores de estos planes, aunque conviene señalar que la mayoría de las reclamaciones presentadas en materia de planes y fondos de pensiones se dirigen contra la actuación de las entidades gestoras de los fondos.

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

El cuadro XIV proporciona información sobre el total de expedientes de reclamación relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria formuladas por particulares, presentados durante el año 2018 y clasificados por meses.

CUADRO XIV
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2018

PERIODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	CONSULTAS DE PARTICULARES	CONSULTAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	8	2	6	0	16
Febrero	11	2	7	1	21
Marzo	8	2	3	0	13
Abril	9	1	4	1	15
Mayo	10	1	9	1	21
Julio	9	3	6	0	18
Junio	14	2	6	0	22
Agosto	10	3	4	0	17
Septiembre	3	4	4	0	11
Octubre	8	4	4	0	16
Noviembre	10	3	5	0	18
Diciembre	5	2	3	2	12
TOTAL 2018	105	29	61	5	200
TOTAL 2017	122	27	57	5	211
DIFERENCIA	-17	2	4	0	-11
% VARIACION	-13,93	7,41	7,02	0	-5,21

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

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

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2018 por el Servicio de Reclamaciones, en materia de planes de pensiones individuales, clasificadas en función de los asuntos objeto de reclamación.

CUADRO XV
RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2018 CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Prestaciones: importe, plazos y fiscalidad	30	25
Movilización de derechos consolidados	26	21,67
Información, comercialización y publicidad	20	16,67
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	14	11,67
Otros	12	10
Beneficiarios por fallecimiento	8	6,65
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, jubilación parcial...)	3	2,5
Embargo	3	2,5
ERE	2	1,67
Régimen especial personas con discapacidad	2	1,67
TOTAL	120	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación a destacar en el año 2018 se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto del **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 25% del total de reclamaciones resueltas, frente al 23,01% en 2017.

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

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

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

Las reclamaciones tramitadas en relación con la **movilización de derechos consolidados** constituyen el segundo motivo de reclamación, representando un 21,67% respecto del total de reclamaciones resueltas, frente al 19,47% en 2017.

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, el Servicio de Reclamaciones destaca en sus informes que el cómputo se inicia desde la presentación por el partícipe o beneficiario de su solicitud de movilización, con independencia de que ésta se hubiere presentado en la entidad promotora del plan de destino, el depositario o el comercializador de destino. En este sentido, el

artículo 50.4 del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que la solicitud del partícipe presentada en un establecimiento de la entidad promotora del plan de pensiones de destino o del depositario de destino o del comercializador de destino se entenderá presentada en la entidad gestora de destino. Asimismo, el artículo 75.5 del Reglamento de planes y fondos de pensiones dispone que las entidades gestoras son responsables de los retrasos que se produzcan sobre los plazos reglamentariamente establecidos, sin perjuicio de la posibilidad de repetir contra aquel que hubiera causado el retraso.

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

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

El tercer motivo de reclamación durante el año 2018 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 2018 el 16,67% del total de reclamaciones, frente al 23,89 % del año pasado. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan de pensiones, especialmente cuando la vocación inversora del fondo de pensiones no corresponde con las expectativas de rentabilidad y riesgo del partícipe.

En relación a este motivo de reclamación cabe señalar que las entidades gestoras de fondos de pensiones están sujetas a unas obligaciones de información tanto con motivo de la suscripción del plan de pensiones, como durante la vigencia del mismo. Así, el Reglamento de planes y fondos de pensiones prevé que la gestora debe elaborar un documento de datos fundamentales para el partícipe, que tiene la consideración de información precontractual y ha de ser publicado en el sitio web de la gestora o de su grupo. La entidad gestora o, en su caso, los comercializadores 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 destacado de modo especial en el documento.

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 2018 representaron un 11,67% del total de reclamaciones resueltas, frente al 5,31% a que ascendieron en 2017.

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

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.

Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2018 se han resuelto 42 consultas sobre planes de pensiones, de las cuales 33 fueron presentadas en el mismo año, y 9 se presentaron en 2017. En cuanto a los principales temas que han sido objeto de consulta al Servicio, destacan las cuestiones relativas al régimen de incompatibilidades entre aportaciones y prestaciones, el embargo de los derechos consolidados, la afección de los derechos consolidados en garantía de una obligación principal asumida con una entidad bancaria (un préstamo bancario) y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

Entidades reclamadas

El cuadro XVI recoge la clasificación de las cinco entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de **reclamaciones presentadas** durante el año 2018.

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

CUADRO XVI
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN
2018

NOMBRE DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	%PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	18	17,14	25,60
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	17	16,19	12,91
BANKIA PENSIONES, S. A., E.G.F.P	13	12,38	6,05
BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.	9	8,57	3,10
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	7	6,67	8,66
TOTAL	64	60,95	56,32

NOTA:

-Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2018.

Por otra parte, en el cuadro XVII se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 5 entidades gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, durante 2018 por el Servicio de Reclamaciones.

CUADRO XVII
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2018 Y
ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamiento	%
		Allanamientos	Resoluciones favorables al reclamante	Total	%				
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P	23	4	5	9	39,13	10	43,48	4	17,39
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P..	19	2	3	5	26,32	10	52,63	4	21,05
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	19	4	0	4	21,05	6	31,58	9	47,37
BANKIA PENSIONES, S. A., E.G.F.P.	12	0	1	1	8,33	9	75	2	16,67
ALLIANZ POPULAR PENSIONES, EGFP, SAU EGFP, S.A., E.G.F.P	8	1	1	2	25	4	50	2	25

Los datos contenidos en el cuadro muestran el total de reclamaciones resueltas de las entidades que se indican, distinguiendo en valores absolutos y relativos, entre las que finalizaron con un informe favorable al reclamante; las que lo hicieron con un informe favorable a la entidad, desestimando la pretensión del interesado; y, por último, en la columna de otros pronunciamientos, se indican los datos de las reclamaciones que finalizaron con la remisión a pruebas, por acuerdo de las partes y aquellas 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 Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria a lo largo del ejercicio 2018, en materia de reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

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, INICIADOS Y RESUELTOS EN 2018

TIPO	TOTAL PRESENTADAS	TOTAL RESUELTAS
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	64	45
Consultas sobre planes de pensiones no presentadas por particulares	71	66
TOTAL 2018	135	111
TOTAL 2017	96	97
DIFERENCIA	39	14
% VARIACION	40,63	14,43

El total de expedientes **presentados** en el periodo de referencia se eleva a 135, de los cuales aproximadamente un 47% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y un 53% 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.

El total de expedientes **presentados** en el periodo de referencia se eleva a 135, de los cuales aproximadamente un 47% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y un 53% 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.

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

Entre los temas más habituales en las consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no formuladas por particulares, destacan las solicitudes de aclaración de criterios o interpretación de la normativa de planes y fondos de pensiones, la valoración de los derechos consolidados y económicos de los partícipes en la jubilación y el tratamiento de los premios de jubilación.

En total, durante el año 2018 se resolvieron 111 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2018 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 45 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 66 son consultas que fueron realizadas por empresas, entidades gestoras, Administraciones públicas, comisiones de control, etc.

5. UNIDAD DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

La Unidad de Atención Telefónica del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones proporciona asesoramiento e información en materia de seguros y planes de pensiones.

En 2018 se han atendido un total de 24.625 llamadas telefónicas. Además, y aunque el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico, cuando los ciudadanos se dirigen al mismo por este medio se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2018 se han recibido y contestado en torno a 2.500 correos electrónicos.

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

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

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

El cuadro XIX contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2018.

CUADRO XIX
QUEJAS Y RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN 2018

	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	107.335	3.632	2.779	110.114	39.355	57.458	10.707	107.520

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 2018, 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 2018 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2018 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2018 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 110.114.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2018 ha sido de 107.520, de las cuales un 36,60% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 53,44% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 9,96% de las reclamaciones la entidad no emitió un pronunciamiento expreso estimando o no la pretensión del interesado por diferentes causas (desistimiento del reclamante, remisión a tribunales, trámite pericial).

El cuadro XX ofrece información sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos y servicios de atención del cliente y los defensores del cliente de las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones de seguros presentadas ante el Servicio de Reclamaciones durante 2018, ordenadas en función del porcentaje de quejas y reclamaciones recibidas por los servicios de atención al cliente y defensores del cliente que posteriormente se presentan como reclamaciones de seguros en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
ALIANZA ESPAÑOLA S.A. DE SEGUROS LA	181	62	34,25
SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	722	204	28,25
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	813	105	12,92
BANKIA MAPFRE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	549	64	11,66
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.180	124	10,51
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	4.766	455	9,55
PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.778	135	7,59
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.355	101	7,45
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.675	195	7,29
GENERALI ESPAÑA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	4.611	315	6,83
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	2.960	197	6,66
VIDA CAIXA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.606	106	6,6
SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.	1.276	83	6,5
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	5.870	347	5,91
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	2.354	127	5,4

COMPAÑÍA	PRESENTADAS EN ENTIDAD	PRESENTADAS EN DGSFP	% PRESENTACIÓN
AXA SEGUROS GENERALES, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	6.255	294	4,7
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	14.460	658	4,55
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	2.285	96	4,2
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	1.907	73	3,83
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	5.099	182	3,57
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	7.955	268	3,37
LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	12.065	368	3,05
AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U.	2.297	66	2,87
DKV SEGUROS Y REASEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA ESPAÑOLA	4.436	72	1,62
ZURICH ISURANCE PLC SUC.ESPAÑA	VER NOTA	79	VER NOTA

NOTA:

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

CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS

Al igual que en años anteriores, en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2018, 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 2018, siguiendo la línea de años anteriores, se destaca la importancia de una redacción clara y precisa de los condicionados. Además, se sigue subrayando la necesidad de una mayor transparencia en la actuación de las entidades con sus clientes, en especial en todo lo relacionado con la justificación de los importes ofrecidos en concepto de indemnización.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluyen cinco casos de seguros de vida ahorro en los que se destaca la falta de precisión de las cláusulas que regulan el valor de los derechos económicos del asegurado, ya sea por la falta de concreción en las inversiones, de definición del importe de los gastos, del sistema de cálculo de la rentabilidad garantizada, del valor a movilizar, etc. Se incluye también un supuesto en el que se expone el criterio del Servicio de Reclamaciones en el caso de solicitud por parte del tomador del cambio de entidad bancaria para el cobro de una renta asegurada.

Asimismo, se publican, en el mismo apartado, cuatro casos de seguros de asistencia sanitaria en los que se destaca que las entidades no deben realizar una interpretación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de los asegurados, máxime cuando del literal de las mismas no se desprenden limitaciones al ejercicio de tales derechos. Asimismo se recalca que deben dar cumplimiento a la regulación contenida en el artículo 94 de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en cuanto a que, en ningún caso, los costes relacionados con el embarazo y el parto justificarán diferencias en las primas y en las prestaciones de los asegurados.

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

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.

Se publican además, en el apartado de seguros de daños, entre otros, cuatro casos de seguros de teléfonos móviles, en los que se ha querido poner de manifiesto, por una parte, la falta de precisión de las cláusulas que regulan la forma de indemnización y la inclusión de condiciones en los contratos contrarias a derecho y, por otra, el rehúse injustificado de siniestros por parte de las aseguradoras.

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

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

A continuación se indican los casos objeto de publicación en 2018.

CUADRO XXI
RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN 2018

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

1. Seguros

TIPO SEGURO:

Seguro de vida (modalidad unit linked).

ASUNTO:

Discrepancia en la valoración de las acciones en las que se invierte parte de la prima.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad no debía basarse en la mera opinión del agente de cálculo respecto a la valoración de las acciones sino que debía motivar la respuesta del mismo.

CONCLUSIÓN:

Como se ha publicado por el Servicio de Reclamaciones en más de una ocasión, 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 y durante toda su vigencia, los derechos y obligaciones emanados de los mismos.

1/2018. Valoración de los activos financieros en un seguro unit linked y posibilidad de modificación de los gastos por el asegurador

El reclamante exponía que había suscrito un seguro de vida en el que un tramo de la inversión se remuneraba de un modo u otro dependiendo de si, a la fecha de vencimiento, el valor de una serie de acciones igualaba o superaba un porcentaje del valor de dichas acciones a la fecha inicial de la inversión. El reclamante manifestaba que, de acuerdo con la póliza, el valor de las acciones se ajustaba cuando se produjesen determinadas situaciones que tuviesen efectos de dilución o concentración sobre el valor teórico de la acción, y entendía que tales situaciones se habían producido. Reclamaba por tanto que se practicasen los ajustes correspondientes en la valoración inicial de la acción.

La entidad aseguradora alegaba que la póliza encomendaba a un agente de cálculo, que era la entidad bancaria de su grupo, determinar si se producen supuestos de ajuste en el valor de la acción y, en su caso, realizar dichos ajustes. Por este motivo consideraba que la valoración proporcionada por el agente de cálculo debía darse por buena.

De acuerdo con las condiciones particulares, la prima abonada era invertida por la aseguradora en un producto financiero, suscrito con la entidad bancaria de su grupo, que remuneraba el importe invertido en función de dos tramos.

Conforme a lo establecido en el contrato, el tramo 1 suponía un importe del 90% de la prima invertida y tenía una fecha de vencimiento determinada, momento en el que se abonaría un capital igual a la cantidad invertida incrementada en un interés nominal anual del 1,50%. Esta parte de la inversión no era objeto de disputa entre el reclamante y la entidad.

El 10% de la prima restante, denominado tramo 2, se vinculaba a la evolución de una cesta de 3 acciones, devengando, en su caso, diferentes rentabilidades dependiendo de si el precio final en determinadas fechas de todas y cada una de las acciones igualaba o superaba un porcentaje del precio inicial de las mismas.

El precio inicial y el precio final de las acciones resultaban de suma importancia, puesto que determinaban si se cumplían o no los objetivos de revalorización previstos en las condiciones particulares y, por lo tanto, determinaban el importe a abonar al tomador a la fecha de cancelación de la póliza.

De acuerdo con lo establecido en el contrato, relativo a los ajustes en la inversión vinculada del tramo 2, cuando se produjese alguno de los supuestos de ajuste indicados, el agente de cálculo determinaría si dicho supuesto de ajuste tiene efectos dilutivos o de concentración sobre el valor teórico de la acción y, en su caso, procedería a realizar los ajustes procedentes en el precio de la acción afectada, intentando tomar como referencia el ajuste que, en su caso, se realizase en el mercado relacionado respectivo.

A la vista de lo anteriormente expuesto, el criterio del Servicio de Reclamaciones, fue considerar que, aunque la póliza designase un agente de cálculo determinado, una valoración proporcionada por el mismo no resultaría suficiente para garantizar que se cumple con las estipulaciones de la póliza relativas al valor de las acciones, sino que la entidad debería poder justificar que la valoración proporcionada por el agente cumple con lo establecido en el contrato respecto al precio inicial y final de los activos financieros.

Asimismo, en la póliza se regulaba la aplicación de unos gastos de realización indicando la posibilidad de revisión por parte del asegurador durante la vida del contrato. El criterio del servicio de Reclamaciones fue considerar que las cláusulas de este tipo, en las que se deja al arbitrio del asegurador la fijación



de los gastos futuros, supone un incumplimiento de los requisitos de claridad y precisión en la redacción de la póliza establecidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:
Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:
Discrepancia en el importe obtenido al ejercitar el tomador el derecho de rescate.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que las cláusulas que regulaban la rentabilidad del producto, vulneraban lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Los productos de ahorro que garantizan una rentabilidad no pueden incluir cláusulas que dejen al arbitrio de la entidad la modificación del sistema de cálculo de aquella durante la vigencia del contrato.

2/2018. Facultad unilateral del asegurador de modificar la rentabilidad garantizada y los gastos en un seguro de vida ahorro

El reclamante exponía que la cantidad ingresada por el rescate de su seguro de vida ahorro era diferente a la que se le había informado en el momento de la contratación.

La entidad alegaba que en sucesivos correos electrónicos se había reiterado al reclamante cuáles eran las condiciones contratadas.

En las condiciones generales de la póliza se garantizaba, mediante el ejercicio del derecho de rescate, el pago al beneficiario del importe del valor garantizado de la póliza existente en cada momento en la misma.

En el contrato se indicaba que el valor garantizado era el saldo de la provisión matemática cuya cuantía era el resultado de acumular diariamente a las primas netas pagadas, el importe de la revalorización correspondiente a la tasa mínima de revalorización trimestral fijada en el contrato, de descontar diariamente el cargo de gestión sobre la provisión matemática de la póliza, de cargar mensualmente los costes de la póliza, así como las cuantías de los rescates en las fechas de su pago.

En el contrato se indicaba que el sistema utilizado para el cálculo de la tasa mínima garantizada podría ser revisado cada tres años por el asegurador.

Además, en el contrato se mencionaba que los costes de la póliza incluían los costes de cobertura del riesgo de fallecimiento del asegurado, los de contratación, gestión, administración y comerciales de la póliza, sin especificar los importes de los mismos o el sistema de cálculo de cada uno de ellos, remitiéndose para ello a la base técnica.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la redacción de la póliza adolecía de la falta de precisión exigida por el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, tanto en la determinación de la rentabilidad, que deja al arbitrio de la entidad su cálculo cada tres años, como en la falta de indicación de los gastos a aplicar, remitiéndose el contrato a la base técnica, documento interno de la compañía.

TIPO SEGURO:

Plan de previsión asegurado.

ASUNTO:

Disconformidad del tomador con el importe movilizado.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la redacción del contrato referida al valor de movilización vulneraba lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

La regulación en el contrato de seguro de la fórmula de cálculo de los derechos económicos emanados del mismo, ha de ser lo suficientemente precisa como para que el asegurado conozca o pueda conocer todos los elementos para su comprobación.

3/2018. Movilización de un plan de previsión asegurado

El reclamante, tomador de un plan de previsión asegurado, exponía que al solicitar la movilización de sus derechos a otro producto similar, en vez de los 94.328,27€, que era su valor, se encontró con que la cantidad movilizada había sido de solo 89.101,60€. Al no estar conforme con la cantidad, había solicitado a la aseguradora la indicación del nombre de los fondos de inversión y los porcentajes de participación en los que estaba invertido su seguro, para poder comprobar su valoración, sin haber obtenido una respuesta al respecto.

La compañía aseguradora alegaba que, al tratarse de un producto con inversiones asignadas, el valor de movilización se correspondía con el valor de mercado de las mismas, y por tanto, dependiente de las fluctuaciones de los mercados financieros. Explicaba que en el producto no se invertía en ningún fondo sino que se regía por la TIR de adquisición y la TIR de realización, considerando que los cálculos efectuados para la movilización eran correctos y que habían sido desglosados. Se adjuntaba en el escrito de alegaciones una lista con los activos afectos a la póliza a la fecha de movilización.

Respecto al valor de movilización, en el contrato se establecía que si a la fecha valor de movilización, la tasa interna de rendimiento de los activos afectos a esta modalidad de seguro no era inferior a la tasa de realización de dichos activos en el mercado, el valor de movilización sería igual al saldo garantizado a dicha fecha. En caso contrario, el valor de movilización sería igual al valor de realización calculado de la siguiente forma: $\text{saldo garantizado a la fecha de movilización} \times [(1 + \text{TIR de compra de los activos afectos}) / (1 + \text{TIR de realización de los activos a la fecha valor de la movilización})]^{\text{número de días desde la fecha valor de la movilización hasta la fecha fin del interés mínimo garantizado}/365}$.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la redacción de la póliza adolecía de falta de cumplimiento de los requisitos de claridad y precisión que establece el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, no solo porque no identificaba los activos asignados, sino porque se omitían datos básicos para poder calcular la TIR de compra y la TIR de realización de esas inversiones asignadas.

TIPO SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Denegación del derecho del tomador de cambiar la cuenta de cobro de una renta, a una entidad bancaria diferente a la del grupo de la aseguradora.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el número de cuenta y la entidad bancaria no son elementos esenciales del contrato de seguro y por tanto pueden ser modificados a petición del tomador.

CONCLUSIÓN:

No puede condicionarse el cobro de una renta a que el mismo se haga efectivo a través de una determinada entidad bancaria.

4/2018. Denegación de la posibilidad de realizar un cambio en la entidad bancaria de cobro en un seguro de rentas

El reclamante exponía que había suscrito un seguro de vida con una entidad y que estaba cobrando una renta mensual. Manifestaba que al solicitar el cambio de entidad bancaria en la que deseaba cobrar la renta, la aseguradora se había negado a realizar la modificación.

La entidad aseguradora alegaba que no podía acceder al cambio solicitado por el reclamante porque el seguro contratado únicamente estaba dirigido a los clientes de ese banco.

El Servicio de Reclamaciones comprobó que en ningún punto de la póliza se recogía que la misma estuviera dirigida exclusivamente a clientes de una determinada entidad bancaria. Por otra parte, cabe indicar que el criterio del Servicio de Reclamaciones en casos similares, es considerar que dado que la cuenta y la entidad bancarias en las que se efectúan los cargos y abonos relacionados con el seguro no son elementos esenciales del mismo, pueden ser modificados por el tomador sin necesidad del consentimiento por parte de la compañía aseguradora ni del mediador.

TIPO SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Denegación por parte de la entidad de la posibilidad de que el tomador pueda realizar aportaciones adicionales de prima.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, atendiendo al sentido literal de la cláusula discutida, el tomador podía seguir aportando primas adicionales.

CONCLUSIÓN:

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

5/2018. Realización de pagos adicionales de primas en un seguro de vida ahorro

El reclamante mostraba su disconformidad con el rechazo de la entidad a que pudiese realizar aportaciones adicionales de primas, cuando tal posibilidad se contemplaba en el condicionado especial de su contrato de seguro de vida.

La entidad alegaba que en el momento de la contratación las partes pactaron un plan de pago, de manera que el abono de primas adicionales pretendido, supondría una modificación del contrato que requeriría el consentimiento de ambas partes.

En las condiciones especiales aportadas al expediente se estipulaba que “el tomador del seguro podrá efectuar primas adicionales complementarias a la garantía básica de la póliza”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la citada cláusula no condicionaba la posibilidad de realizar aportaciones adicionales a la concurrencia de la voluntad de ambas partes sino a la potestad única del tomador. El contrato de seguro es un contrato de adhesión, es decir, su clausulado se redacta por una de las partes, la aseguradora, sin intervención de la otra, que se limita a aceptar sus estipulaciones.

TIPO SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de cobertura de una prueba médica.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía rehusar la prueba médica pues estaba claramente incluida entre las garantizadas en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

6/2018. Rehúse de una prueba médica en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante alegaba que su cardiólogo le había prescrito una prueba médica (TAC-TC) y la entidad aseguradora se había negado a cubrirla.

La compañía aseguradora manifestaba que el TAC solamente estaba cubierto por la póliza para pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con pruebas de isquemia no concluyentes, requiriéndose además autorización. Alegaba que cuando el reclamante presentó la solicitud de autorización para la realización del TAC no había aportado ninguna información médica que acreditase que se encontraba en la situación descrita en la póliza para quedar cubierta, por lo que se denegó la autorización sin que el asegurado presentase más documentación tras la denegación.

La póliza suscrita por el reclamante regulaba, en relación a la forma de prestar los servicios, que era necesaria la previa autorización expresa de la aseguradora para determinados medios terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la aseguradora.

Dado que la póliza hacía referencia a determinadas pruebas diagnósticas, el Servicio de Reclamaciones consideró que la autorización no era exigible para todas las técnicas diagnósticas, sino solamente para aquellas que la póliza especificase, no determinándose en el condicionado qué pruebas diagnósticas eran las que requerían autorización.

En el contrato se establecía que la coronariografía por TC estaba incluida en la garantía, entre otros, para pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente. Por otra parte se especificaba que la cardiología comprendía el diagnóstico precoz del riesgo coronario, para lo que sería necesaria la previa prescripción escrita de un médico concertado con la aseguradora.

De lo anterior se deducía que los únicos requisitos exigibles para la cobertura de la coronariografía por TC por parte de la póliza serían: (i) que al asegurado se le hubiese realizado una prueba de isquemia no concluyente y (ii) que la prueba de diagnóstico hubiese sido prescrita por un médico concertado con la entidad aseguradora. Dado que el reclamante cumplía ambos requisitos, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la prueba de TAC-TC debía ser cubierta por la póliza de asistencia sanitaria.

TIPO SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de cobertura de una consulta y de una intervención quirúrgica.

INFORME FINAL:

El Servicio de reclamaciones concluyó que tanto la consulta como la intervención tenían cobertura en la póliza.

CONCLUSIÓN:

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

7/2018. Denegación de una consulta y una intervención quirúrgica en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante, asegurado de una póliza de asistencia sanitaria, indicaba que su hijo recién nacido había sido diagnosticado de una patología que requería una intervención quirúrgica, y que, tras ponerse en contacto telefónico con la compañía aseguradora, le dijeron que podía llevarlo a la consulta del cirujano pediátrico. Tras acudir a la citada consulta le programaron una operación. No había transcurrido ni un mes desde el nacimiento hasta la fecha programada para la cirugía. Con posterioridad, su compañía rechazó cubrir tanto la consulta como la intervención.

La entidad aseguradora alegaba que la asistencia no quedaba cubierta porque la póliza solo cubría la intervención quirúrgica del hijo, en los primeros 30 días de vida, si la madre permanecía ingresada durante ese periodo después de dar a luz. Por este motivo, rechazaba atender la solicitud del reclamante.

La póliza, que garantizaba la asistencia sanitaria del contrato de la madre al recién nacido durante los 30 primeros días de vida del mismo, contemplaba tres supuestos distintos de hospitalización pediátrica: la asistencia inmediatamente posterior al parto para todos los recién nacidos, supuesto en el que la asistencia se supeditaba al periodo en el que la madre permaneciese ingresada en la clínica; la hospitalización de niños prematuros o con patologías, y la hospitalización para intervenciones quirúrgicas o enfermedades.

Dado que se trataba de tres supuestos distintos, la condición de que la madre estuviese ingresada en la clínica, exigida en el primer caso, no podría exigirse a los otros dos, puesto que no se regulaba así en la póliza.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la única limitación aplicable a los tres supuestos, dada la redacción del contrato, era que la cobertura por parte de la póliza de asistencia sanitaria de la madre se limitaba a los 30 primeros días de vida del recién nacido y dado que esa condición se había cumplido (la fecha programada para la operación estaba dentro de ese plazo) la compañía debía cubrir los costes tanto de la cirugía como de la consulta.

TIPO SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de una prueba médica relativa a un embarazo por aplicación de una exclusión prevista en el contrato.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la redacción del contrato vulneraba lo previsto en el artículo 94 de la Ley 20/2015.

CONCLUSIÓN:

En los contratos de asistencia sanitaria en los que se cubren, con carácter general, la realización de pruebas médicas y/o la hospitalización, no pueden excluirse, por una parte, las pruebas relacionadas con el embarazo y parto y por otra, la hospitalización por estos motivos.

8/2018. Denegación de una prueba médica relativa a un embarazo

La reclamante, tomadora de una póliza de asistencia sanitaria, exponía que tras solicitar la realización de unas ecografías fue informada de que su póliza carecía de cobertura para embarazo o parto. Indicaba que nunca había sido conocedora de esa exclusión.

La entidad aseguradora alegaba que, de acuerdo con la póliza, quedaba excluida cualquier tipo de prueba, tratamiento o asistencia médica relativa al embarazo, parto o puerperio.

En el contrato se regulaba que el objeto del seguro era que la aseguradora asumiese, en los términos y con los límites que se expresaban en la póliza, la totalidad o parte de los gastos razonables y usuales, derivados de la asistencia médica y quirúrgica que, según la práctica médica habitual se hubiese prestado realmente al asegurado y fuese consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

Respecto a la cobertura del embarazo y el parto, se regulaba que quedaba excluida cualquier tipo de prueba, tratamiento o asistencia médica relativa al embarazo, parto o puerperio.

El artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras establece que "en el cálculo de las tarifas, dentro del ámbito de aplicación de la Directiva 2004/113/CE, del Consejo, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el acceso a bienes y servicios y su suministro, no podrán establecerse diferencias de trato entre mujeres y hombres en las primas y prestaciones de las personas aseguradas, cuando las mismas consideren el sexo como factor de cálculo. En ningún caso, los costes relacionados con el embarazo y el parto justificarán diferencias en las primas y en las prestaciones de las personas consideradas individualmente".

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la exclusión de la póliza, relativa a cualquier tipo de prueba, tratamiento o asistencia médica relativa al embarazo, parto o puerperio, era contraria al precepto legal mencionado. En el informe final se concluyó que dado que la póliza de la reclamante incluía la especialidad de ginecología y la especialidad de diagnóstico por imagen, tanto el seguimiento del embarazo como las ecografías prenatales deberían quedar cubiertas por la póliza, en los términos estipulados por la misma para el resto de especialidades médicas y pruebas diagnósticas.

TIPO SEGURO:

Seguro de incapacidad temporal derivada de enfermedad y accidente.

ASUNTO:

Aplicación de una limitación en la cantidad a indemnizar prevista en el contrato relativa a embarazo y parto.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la redacción del contrato vulneraba lo previsto en el artículo 94 de la Ley 20/2015.

CONCLUSIÓN:

En ningún caso los costes relacionados con el embarazo y el parto pueden justificar diferencias en las primas y en las prestaciones de los asegurados.

9/2018. Limitación en la cobertura de una incapacidad temporal derivada de embarazo

La reclamante exponía que era asegurada de una póliza que otorgaba indemnizaciones diarias para aquellos casos en los que, por enfermedad o accidente, no pudiese realizar sus actividades laborales y/o profesionales. Al encontrarse en situación de baja laboral, su aseguradora le había abonado la indemnización correspondiente solo a 20 días, en lugar de toda la duración de su incapacidad, por entender que la causa era el embarazo. La reclamante señalaba que la causa de la baja no era el embarazo sino un síndrome de etiología desconocida.

La entidad aseguradora alegaba que, de acuerdo con sus informes médico-periciales, la causa de la baja era la situación de embarazo en la que se encontraba la reclamante. Dado que el contrato limitaba la indemnización de las incapacidades derivadas del embarazo y el parto a 20 días, ese era el importe que la compañía entendía que debía abonarse.

De acuerdo con las Condiciones Particulares de la póliza suscrita, la reclamante tenía derecho a una indemnización diaria de 67,20 euros por enfermedad y accidente, con una franquicia de 7 días y con el límite de 365 días.

En las condiciones generales se establecía que en caso de alteración del estado de salud como consecuencia de patologías derivadas de embarazo o del parto, el capital asegurado máximo por todo el proceso de gestación, parto y postparto, así como cualquier posible complicación o consecuencia de dichos procesos, sería de 20 días.

También se regulaba que en casos de hospitalización por cualquier tipo de parto, ya fuera sencillo o múltiple, normal o distócico, el pago del capital asegurado se limitaría al periodo máximo de 7 días, contados desde el día del parto. Se asimilaban al parto los casos de cesárea y legrado.

El artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras establece que "en el cálculo de las tarifas, dentro del ámbito de aplicación de la Directiva 2004/113/CE, del Consejo, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en el acceso a bienes y servicios y su suministro, no podrán establecerse diferencias de trato entre mujeres y hombres en las primas y prestaciones de las personas aseguradas, cuando las mismas consideren el sexo como factor de cálculo. En ningún caso, los costes relacionados con el embarazo y el parto justificarán diferencias en las primas y en las prestaciones de las personas consideradas individualmente".

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que las cláusulas transcritas vulneraban lo previsto en el artículo precitado y que la reclamante debía ser indemnizada sin los límites previstos para el embarazo.

TIPO SEGURO:
Teléfonos móviles.

ASUNTO:
Resolución anticipada del contrato por cambio del operador telefónico.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad no se había ajustado a lo previsto en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
No cabe establecer más supuestos de resolución anticipada de un contrato de seguro que los contenidos en la legislación vigente.

10/2018. Resolución anticipada del contrato de seguro por cambio de operador telefónico

El reclamante solicitaba que la entidad asumiera la reparación del teléfono móvil asegurado que había sufrido daños derivados de una caída.

La entidad denegaba la pretensión del reclamante porque, dos meses antes de la caída, el reclamante había cambiado de operador telefónico.

De acuerdo con lo dispuesto en las condiciones generales de la póliza, la baja de la línea asociada a la póliza era una de las causas de cancelación del seguro. Al producirse esta situación, además de la cancelación del seguro se producía el cobro íntegro por parte de la aseguradora de la prima restante.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el supuesto alegado por la entidad no se correspondía con ninguno de los supuestos contemplados en la legislación vigente para la resolución anticipada del contrato de seguro. Además, como sostiene el propio Tribunal Supremo, el contrato de seguro es un contrato de tracto sucesivo, y ello conlleva que sus efectos persistan durante el periodo de vigencia de la póliza, debiendo cubrirse todos los siniestros que se produzcan durante el tiempo de cobertura de la póliza, salvo en los casos previstos en la norma.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones concluyó, por un lado, que debía mantenerse el plazo de vigencia determinado en el contrato de seguro, y, por otro que, a pesar de la baja de la línea asociada a la póliza, el objeto asegurado seguía existiendo y, por ende, el interés del asegurado en la cobertura del riesgo asociado a tal objeto, máxime cuando se había producido el cobro íntegro de la prima anual. Por ello, la actuación de la entidad no resultaba conforme a lo previsto en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, que regula la duración del contrato de seguro, en este caso un año.

TIPO SEGURO:
Teléfonos móviles

ASUNTO:
Denegación de un siniestro consistente en la caída del teléfono móvil asegurado.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:
No cabe oponer más exclusiones que las contempladas en los contratos que resulten de aplicación en cada caso. Y si las compañías disponen de varias modalidades de aseguramiento, deberán emplear toda la diligencia a su alcance para aplicar el contrato suscrito con cada asegurado.

11/2018. Falta de cobertura por oxidación en seguro de teléfono móvil

El reclamante manifestaba que la entidad le había denegado la cobertura de un siniestro por haberse oxidado el móvil asegurado como consecuencia de haberse caído en un recipiente con agua. El reclamante mostraba su disconformidad ya que la modalidad de seguro escogida por él, de entre las comercializadas por la aseguradora, era la que ofrecía las mayores coberturas y abarcaba todas las causas de oxidación.

La entidad alegaba que la causa del siniestro, rotura y oxidación accidental del dispositivo móvil, estaba excluido en la póliza contratada.

En las condiciones del contrato aportadas al expediente pudo constatar que, como alegaba el reclamante, la modalidad de seguro suscrita por él abarcaba la cobertura de cualquier causa de oxidación.

Por lo tanto, en virtud del tipo de seguro suscrito, el reclamante debía ser indemnizado por el asegurador, habiendo este incumplido con la obligación del artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro que regula la obligación de pago tras la declaración del siniestro y las averiguaciones pertinentes.

TIPO SEGURO:
Teléfonos móviles.

ASUNTO:
Discrepancia en la forma de indemnización por parte de la aseguradora al entregar un móvil diferente al pactado.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
En los seguros temporales prorrogables, si se realizan modificaciones contractuales en las sucesivas prórrogas, se requiere la aceptación del tomador para que los cambios desplieguen su eficacia.

12/2018. Desacuerdo en la forma de indemnización en un seguro de teléfono móvil

El asegurado se encontraba disconforme con la resolución de un siniestro porque le habían entregado un teléfono móvil distinto al suyo.

La aseguradora alegaba que había actuado conforme a lo pactado en el contrato pues se le había indemnizado con un móvil puesto a nuevo, reacondicionado, equivalente, tanto en rendimiento como en fiabilidad y funciones técnicas, al dispositivo siniestrado.

En el expediente se aportaba el contrato inicial que se había ido prorrogando trimestralmente tal y como se estipulaba en la propia póliza. La redacción se había ido cambiando en las sucesivas prórrogas, en concreto en lo relativo a la forma de indemnización. Los primeros contratos incluían que, en caso de siniestro, se entregaría un dispositivo, puesto a nuevo, idéntico al siniestrado, mientras que los ya modificados indicaban que la indemnización consistía en un dispositivo “puesto a nuevo, reacondicionado, equivalente”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que esa modificación requería la aceptación del tomador y que tal extremo no se había acreditado, pues solo constaba su firma en el contrato inicial. En virtud de lo anterior, se consideraba incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro en la medida en que la entidad no había procedido a indemnizar conforme a lo pactado inicialmente. Asimismo en el informe final se concluyó que, además de no ser de aplicación la nueva cláusula, la misma adolecía de la claridad y precisión exigida en el artículo 3 de la citada norma, al no definirse qué debe entenderse por dispositivo reacondicionado y equivalente.

TIPO SEGURO:
Teléfonos móviles.

ASUNTO:
Denegación de un siniestro por interpretación de una cláusula del contrato.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

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

13/2018. Siniestro por rotura accidental en un seguro de teléfono móvil.

El reclamante exponía que había sufrido un siniestro consistente en la rotura de su móvil. Indicaba que al salir de casa había tropezado con una persona, provocando que el móvil se cayera.

La compañía alegaba que no se cumplían los requisitos establecidos en la póliza para la cobertura accidental, que se definía como “toda destrucción, o todo deterioro, total o parcial, exteriormente visible, que no permita el correcto funcionamiento del teléfono móvil asegurado, y cuya causa provenga de un acontecimiento exterior (provocado por fuerzas externas) repentino e imprevisible, ajeno a la voluntad del asegurado”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, teniendo en cuenta la descripción de los hechos descritos por el reclamante (“al salir de casa tropecé con una persona, provocando que el móvil se cayera, lo que ocasionó su rotura”) fue considerar que los mismos tenían encaje en la cláusula en la que se definía la rotura accidental, y por tanto se entendió incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro que establece la obligación por parte de la aseguradora del pago en caso de ocurrir un siniestro

TIPO SEGURO:

Defensa jurídica en una póliza de automóvil.

ASUNTO:

Libre designación de abogado en caso de conflicto de intereses.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplidos los artículos 76 f) y 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

En los casos de conflicto de intereses (el más evidente es aquel en el que la aseguradora de los implicados en un accidente de tráfico es la misma) debe comunicarse inmediatamente la existencia de esta situación al asegurado para que pueda ejercer, si así lo decide, su derecho a la libre designación de profesionales para su defensa.

14/2018. Libre designación de abogado en caso de conflicto de intereses

El reclamante era tomador de un seguro de automóvil que no incluía la garantía de daños propios, pero sí la de defensa jurídica. Había declarado un siniestro en el que, estando correctamente aparcado, había sido golpeado por otro vehículo, asegurado en su misma compañía de seguros. Había recibido una indemnización con la que no estaba conforme y al solicitar que se reclamara un mayor importe a través de su cobertura de defensa jurídica, su compañía le había comunicado que, teniendo en cuenta el informe pericial, rechazaba la reclamación de los daños al conductor contrario.

La entidad alegaba que tras realizar la peritación de los daños había realizado la correspondiente oferta indemnizatoria como aseguradora del vehículo causante del siniestro. Alegaba también que había informado del conflicto de intereses al estar los implicados en el accidente asegurados en la misma entidad. Por eso consideraba que no podía gestionar directamente la reclamación de los daños con cargo a la cobertura de defensa jurídica.

En virtud del artículo 76 f) de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el asegurador debe informar inmediatamente al asegurado de la existencia de un conflicto de intereses y de la facultad que le compete de ejercitar su derecho a la libre elección de abogado.

De la documentación aportada al expediente se concluía que la existencia del conflicto de intereses no se había comunicado hasta la resolución del Departamento de Atención al Cliente, un mes después de dar la respuesta motivada y casi 4 meses después de declararse el siniestro. Por lo anterior el Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había vulnerado el citado artículo.

Por otro lado, dentro de las condiciones particulares del contrato se establecía la cobertura de los gastos de reclamación de daños en cuantía ilimitada, si se realizaba a través de los abogados de la entidad, y con un límite de 600€ para los casos de libre elección de letrado. Este tipo de cláusulas han sido calificadas por el Tribunal Supremo como limitativas de los derechos de los asegurados en los casos de conflicto de intereses.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones entendió que la limitación de la suma asegurada no resultaba aplicable al no haberse acreditado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, en concreto, el estar destacada en el contrato.

TIPO SEGURO:

Seguro obligatorio del automóvil.

ASUNTO:

Incumplimiento de los requisitos de la oferta motivada.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 7.3 del TRLRCSCVM.

CONCLUSIÓN:

Pocas normas hay tan tuitivas y claras en nuestro ordenamiento jurídico como las que regulan los derechos de los perjudicados en accidentes de tráfico. Estas abarcan no solo el derecho del perjudicado a ser totalmente resarcido por los daños y perjuicios sufridos en sus bienes y su persona, sino todo un régimen de información y defensa de sus derechos futuros, que las entidades no pueden vulnerar.

15/2018. Incumplimiento de los requisitos de la oferta motivada

El reclamante había resultado perjudicado en un accidente de circulación, a consecuencia del cual había sufrido daños tanto personales como materiales. Al solicitar la aplicación de la garantía de defensa jurídica su aseguradora le había comunicado su derecho a la libre elección de abogado y procurador dado el conflicto de intereses existente (era la aseguradora también del presunto responsable).

La entidad alegaba que, tras la presentación de la reclamación en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, había alcanzado un acuerdo con el reclamante para la indemnización de todos los daños derivados del siniestro. Indicaba que había solicitado los documentos justificativos de la reparación del vehículo siniestrado y que, una vez recibidos había procedido a la autorización del pago, a cambio de la firma de un documento en el que el reclamante renunciaba al ejercicio de acciones futuras contra la entidad. En relación a las lesiones, había trasladado la oferta motivada de indemnización a cambio de la firma de un documento de renuncia idéntico al de la indemnización de los daños al vehículo.

El apartado 3.c) del artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (en adelante TRLRCSCVM) aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, establece, que la oferta motivada “contendrá, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, incluyendo el informe médico definitivo, e identificará aquéllos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada, de manera que el perjudicado tenga los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo”, y el apartado 3.d) establece asimismo que “se hará constar que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones”.

A la vista de lo expuesto el Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el citado artículo pues la compañía ni había justificado la cantidad ofrecida en base a ningún documento o informe, ni había realizado la advertencia de que la aceptación del importe no impide el ejercicio de acciones futuras frente a la aseguradora por razón del siniestro, sino que había condicionado el pago precisamente a la firma de un documento de renuncia a acciones futuras.

TIPO SEGURO:

Responsabilidad civil en una póliza de hogar.

ASUNTO:

Denegación de la cobertura de daños por agua en la vivienda asegurada y de los causados a la vivienda de un vecino.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplidos los artículos 3 y 18 de la LCS.

CONCLUSIÓN:

La alusión genérica en unas condiciones particulares de un seguro de hogar a la garantía de responsabilidad civil ha de extenderse, como mínimo, a una categoría concreta de la misma, la derivada de la propiedad del inmueble asegurado.

16/2018. Falta de claridad en el seguro de responsabilidad civil

El reclamante manifestaba haber sufrido un siniestro consistente en la rotura de una tubería de su vivienda que había causado tanto daños propios como en la vivienda de un vecino, sin que la aseguradora hubiera indemnizado cantidad alguna.

La entidad alegaba que había rehusado el siniestro porque tras la valoración de los daños, se comprobó que había corrosión en la pieza de la tubería donde se había producido la fuga de agua. Añadía que, siendo la corrosión una causa de exclusión de daños según las condiciones generales de la póliza, había comunicado al reclamante que el siniestro no contaba con cobertura de daños propios. Respecto a los causados al vecino había comunicado que, al no estar contratada la cobertura de responsabilidad civil de la vivienda, sino la familiar, tampoco se podían atender esos daños.

Respecto a los daños propios, el Servicio de Reclamaciones concluyó su falta de competencia para pronunciarse sobre controversias cuya resolución requiera la valoración de expertos con conocimientos especializados en una materia técnica ajena a la normativa aseguradora, tal como se dispone en el artículo 10.1.d) de la Orden ECC/2502/2012.

Respecto a la garantía de responsabilidad civil, analizada la documentación aportada, el Servicio de Reclamaciones comprobó que en las condiciones particulares no se recogía un cuadro resumen de las garantías de la póliza, sino que mediante unas viñetas se hacía referencia a una serie de coberturas, y, en particular, se hacía una referencia genérica en términos de capitales asegurados: "Responsabilidad civil hasta 300.000 €. Límite por víctima 10.000 € (...)".

A la vista de lo expuesto, el Servicio de Reclamaciones consideró que si lo que se pretendía cubrir era únicamente la responsabilidad civil familiar, no resultaba suficientemente clara y precisa la alusión realizada en las condiciones particulares refiriéndose al término amplio de responsabilidad civil. Si en un documento contractual, al asegurar una vivienda, se utiliza el término responsabilidad civil, al menos esta debe ser interpretada como la que deriva de la propiedad de la vivienda, esto es, la que tiene por finalidad indemnizar los daños causados a terceros (incluidos vecinos) derivados de hechos cuyo origen esté en la vivienda que se asegura.

Por lo anterior, el Servicio de Reclamaciones concluyó que el clausulado de la póliza adolecía de falta de la suficiente claridad que exige el artículo 3 de la ley de contrato de seguro y, en consecuencia, la entidad debía proceder al abono de la indemnización conforme obliga el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:
Seguro de hogar.

ASUNTO:
Situación de infraseguro descubierta tras un siniestro.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Los incrementos de prima que se propongan para superar una situación de infraseguro, deberán guardar la proporción debida con el porcentaje de infraseguro detectado, salvo reconocimiento de descuentos comerciales, bonificaciones, etc.

17/2018. Situación de infraseguro en un contrato de seguro de hogar

El reclamante exponía que se había producido un incendio en la vivienda asegurada y que la entidad aseguradora, tras la peritación, le propuso una indemnización tan solo del 80% de los daños en lugar del 100%, entendiendo que había una situación de infraseguro, es decir, que el importe asegurado de la vivienda era de un 80% del valor real de la misma.

La aseguradora alegaba que la situación se debía a la inexactitud existente entre el contenido de la póliza contratada y las características reales de la vivienda asegurada puestas de manifiesto en el momento de la peritación de los daños causados.

En la póliza se hacía constar que tanto la estructura principal como la accesoria de la vivienda eran incombustibles. Como resultado de la realización del informe pericial, por el técnico designado a instancia de la entidad, se ponía de manifiesto la existencia de inexactitud en relación a los datos de la vivienda asegurada consignados en la póliza porque los materiales empleados en la cubierta del edificio no eran incombustibles, por tratarse de madera y no de hormigón.

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece que, en caso de inexactitud en la declaración del riesgo por parte del tomador, la aseguradora podrá indemnizar proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo

En el expediente constaba que, tras el siniestro, la entidad había emitido un suplemento de póliza en el que se habían modificado las características de la vivienda asegurada indicando que la estructura principal era de naturaleza combustible, incrementándose la prima del seguro en torno a un 5%.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, si bien no podía entrar a valorar el importe que debía constar como suma asegurada máxima atendiendo a las características de la vivienda asegurada, lo cierto era que si la entidad había incrementado en un 5% el importe de la prima tras el siniestro, quedaba acreditado que el infraseguro no ascendía al 20%, sino precisamente a ese 5%, por lo que la entidad debía indemnizar en el 95% los daños sufridos y no en el 80% como había hecho.

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de roturas y averías de equipos electrónicos.

ASUNTO:

Discrepancia en cuanto a la entrada en vigor del seguro a efectos del nacimiento de las obligaciones correspondientes por parte del tomador.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones indicó que la correduría no había asesorado debidamente al reclamante incumpliendo por tanto el apartado 2 del 26 de la Ley de mediación en seguros y reaseguros privados.

CONCLUSIÓN:

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

18/2018. Asesoramiento sobre la entrada en vigor del seguro

El reclamante ponía de manifiesto que había adquirido una tablet y, simultáneamente, suscrito un seguro que cubría las averías y roturas durante 2 años. Pasados 5 días de la compra solicitó la cancelación del seguro y la correduría que figuraba como mediadora en el contrato le indicó que no era posible realizar la cancelación.

La correduría alegaba que no cabía el desistimiento y aportaba tanto el certificado de seguro gratuito (6 meses) como el certificado de seguro con cargo al reclamante (un año y medio).

En el certificado de seguro formalizado por el reclamante se establecía que “la entrada en vigor del periodo de seguro gratuito está condicionada a la entrada en vigor, mediante el pago de la prima correspondiente por parte del asegurado, del periodo de seguro a su cargo. A todos los efectos, ambos periodos tienen la consideración de un único seguro temporal por la duración temporal establecida por ambos por lo que, en caso de destrucción total o desaparición del interés asegurado, corresponderá al Asegurador el importe total de la prima única satisfecha”.

La correduría se basaba en la citada cláusula para negar el derecho de desistimiento del reclamante, sosteniendo que, desde la fecha de efecto del contrato la entidad aseguradora estaba asumiendo el riesgo de tener que indemnizar un siniestro cubierto por la póliza a cambio de la prima que, por tanto, le correspondía por entero.

Analizada la cláusula objeto de controversia, el Servicio de Reclamaciones puso de manifiesto las contradicciones de la misma: dos fechas de entrada en vigor (una condicionada a la otra), la consideración de dos periodos de seguro para a continuación fijar una única duración temporal, el hecho de que el “regalo” no era tal si el asegurado no pagaba la prima correspondiente. Por ello, se concluyó que la citada cláusula adolecía de los requisitos exigidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, claridad y precisión, y para que el contrato vinculase al asegurado era necesario que se pagase la prima correspondiente, transcurridos seis meses de la entrada en vigor.

Por lo anterior, el Servicio de Reclamaciones, respecto a la actuación de la correduría, indicó en el informe final que el asesoramiento no había sido el debido, vulnerando por tanto lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados.

3. Planes de Pensiones

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de pensiones.

ASUNTO:
Discrepancia en cuanto a la situación laboral del reclamante a efectos de poder hacer líquidos los derechos consolidados en su plan de pensiones.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la situación legal del partícipe debía ser considerada como de desempleo y el reclamante podía hacer líquidos sus derechos económicos.

CONCLUSIÓN:
Cuando un trabajador, tras encontrarse en situación de excedencia voluntaria, solicite el reingreso y este no sea posible, su situación debe ser considerada como situación legal de desempleo.

19/2018. Supuesto excepcional de liquidez derivada de desempleo de larga duración

El reclamante alegaba que había solicitado a su empresa un periodo de excedencia voluntaria. Con posterioridad había solicitado el reingreso antes de que se agotara el plazo máximo para estar en esa situación. La empresa no pudo acceder a la solicitud de reingreso por no existir ningún puesto vacante de su categoría profesional. Añadía que al finalizar el periodo máximo de cinco años en situación de excedencia previsto en el convenio colectivo aplicable y al continuar sin haber un puesto de trabajo de su categoría profesional, la empresa procedió a darle de baja definitiva.

Atendiendo a las anteriores circunstancias, el reclamante había solicitado el rescate de su plan de pensiones por el supuesto de desempleo de larga duración, que fue denegado por la entidad gestora por considerar que el reclamante no se encontraba en situación legal de desempleo.

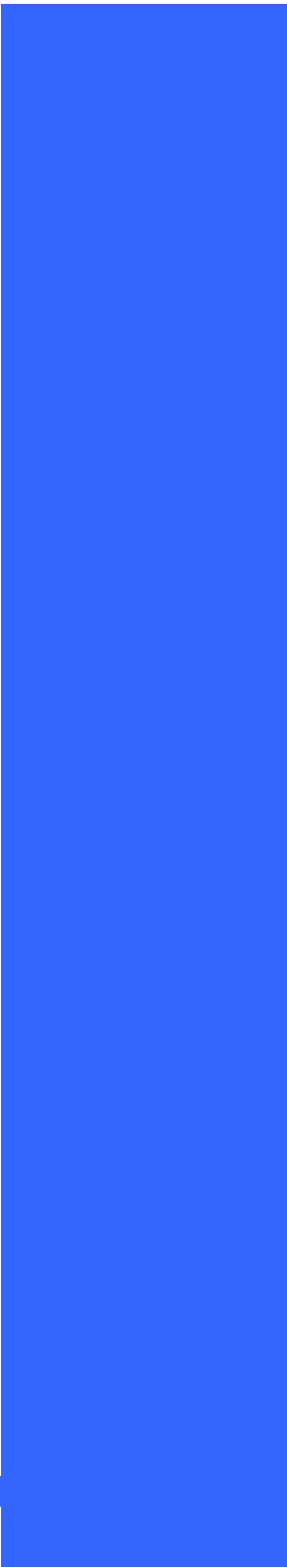
La entidad gestora reclamada alegaba que el supuesto de excedencia voluntaria no se encontraba entre los considerados como situación legal de desempleo en el artículo 267 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Se basaba en que la excedencia voluntaria, en la forma en que se encuentra regulada, no se configura como un supuesto de suspensión del contrato de trabajo, ya que no existe una reserva de puesto de trabajo sino un simple derecho preferente de reingreso.

El informe emitido por el Servicio de Reclamaciones destacaba que el cese definitivo en la empresa había tenido lugar con motivo de la imposibilidad de hacer efectiva la solicitud de reingreso realizada por el reclamante, situación que la entidad gestora reclamada calificaba como un supuesto de “baja voluntaria en el último empleo”.

El Servicio Público de Empleo Estatal se ha pronunciado en diversas ocasiones acerca del cumplimiento de los requisitos de acceso a la prestación contributiva de desempleo de aquellos trabajadores que hubieran solicitado su pase a la situación de excedencia voluntaria denegando la posibilidad de percibir dicha prestación mientras que el trabajador permanezca en la situación de excedencia. Sin embargo, con respecto a aquellos trabajadores que no hubieran podido reincorporarse con posterioridad al disfrute de una excedencia voluntaria, el citado Servicio Público, en su Comunicación publicada el día 30 de abril de 2018, prevé para tal supuesto, que se podría tener derecho a la citada prestación si el plazo de duración de la excedencia voluntaria ya hubiera transcurrido cuando se solicita la prestación por desempleo o no estuviera previsto un periodo mínimo de duración de la excedencia concedida.

De conformidad con lo anterior, el Servicio de Reclamaciones estimó que, si bien el pase a la situación de excedencia traía causa de la propia voluntad del reclamante, no se apreciaba una voluntad del trabajador en el cese definitivo de su relación laboral, en la medida en que había solicitado el reingreso y este no había podido hacerse efectivo por causas ajenas a su voluntad. Por lo anterior se consideró que la extinción de la relación laboral no era imputable a la voluntad del reclamante y, por ello, podría considerarse un supuesto de cese no voluntario de la relación laboral, no excluido expresamente en el artículo 267.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

En virtud de lo anteriormente expuesto, el Servicio de Reclamaciones



consideró que el reclamante podía ser considerado en situación legal de desempleo a efectos de lo dispuesto en el art. 9.3 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, es decir, podía hacer efectivos sus derechos económicos en el plan de pensiones.

TIPO DE OPERACION:
Plan de pensiones.

ASUNTO:
Discrepancia en el origen temporal de las unidades de cuenta indicadas en una solicitud de rescate de un plan de pensiones.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad debió haber preguntado al partícipe el origen de las unidades de cuenta a rescatar antes de proceder al pago de la prestación.

CONCLUSION:
Cuando haya implicaciones fiscales para los partícipes, derivadas de solicitudes de estos, las entidades deben emplear todos los medios a su alcance para dar cumplimiento a lo efectivamente solicitado.

20/2018. Cobro parcial de derechos consolidados

El reclamante afirmaba que había solicitado a la entidad gestora el rescate de las unidades de cuenta de sus planes de pensiones adquiridas con anterioridad a 2007, con la intención de aplicar a dichas cantidades la reducción fiscal del 40%. Según sostenía, una persona de la entidad le había facilitado el número de unidades de cuenta de cada plan de pensiones suscritas con anterioridad a 2007. En ese momento, cumplimentó y firmó las correspondientes órdenes de rescate consignando en cada una de ellas el número de unidades de cuenta que le habían facilitado. Cuando fue a presentar la declaración de la renta tuvo conocimiento de que las unidades de cuenta rescatadas eran anteriores y posteriores a 2007, habiendo contravenido la entidad sus instrucciones, lo que le había supuesto un perjuicio económico por la subida del marginal que le resultó de aplicación.

La gestora alegaba que el comercializador había recibido la solicitud del reclamante y en ella no se especificaba a qué compartimento pertenecían las unidades de cuenta, si anteriores o posteriores a 2007.

Atendiendo a la documentación presentada, se observaba que en las solicitudes firmadas por el reclamante, se recogía una previsión, dentro de la modalidad de cobro elegida por el reclamante (mixta con renta financiera) en cuanto a la posibilidad de indicar si los derechos a percibir correspondían a aportaciones anteriores o posteriores a 1/01/2007. No obstante, en los tres impresos aportados no figuraba marcada ninguna opción al respecto.

El artículo 10 bis del Reglamento de planes y fondos de pensiones, contiene una previsión expresa para el caso de movilizaciones parciales en las que el partícipe no haya indicado si los derechos consolidados a movilizar corresponden a aportaciones anteriores o posteriores a 1/01/2007. En virtud de tal previsión, si no hay indicación expresa del partícipe, los derechos consolidados a movilizar se calcularán de forma proporcional según corresponda a aportaciones anteriores y posteriores a dicha fecha.

Sin embargo, dicho precepto no contiene indicación alguna para el caso de cobros parciales en los que no se haya indicado por el partícipe las unidades de cuenta, anteriores o posteriores a 1/01/2007, de las que desea que procedan los derechos consolidados a cobrar.

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que si el partícipe no indica expresamente el origen de las unidades de cuenta que quiere cobrar, las entidades deben recabar esta información antes de proceder al rescate. Y ello por cuanto el cobro de los derechos consolidados tiene una incidencia fiscal de la que carecen las movilizaciones, y por este motivo se considera necesario que el beneficiario indique expresamente esta circunstancia.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones estimó que la entidad gestora debió consultar con el partícipe el origen de las unidades de cuenta a rescatar antes de proceder al pago de la prestación.

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





Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

QUÉ ES DGSFP
ASEGURADOS Y PARTÍCIPES
ENTIDADES
DISTRIBUIDORES
BREXIT

Está usted en: Inicio > Asegurados y Partícipes > Servicio de Reclamaciones > Criterios sobre seguros

Información sobre el procedimiento

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

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

Sede electrónica

Criterios sobre seguros

Criterios de planes de pensiones

Informes

Red Transfronteriza Europea (FIN-NET)

Legislación

CRITERIOS SOBRE SEGUROS

▼ Tipo

- ☐ Cuestiones generales sobre el contrato de seguro
- ☐ Seguro de decesos
- ☐ Seguro de defensa jurídica
- ☐ Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria
- ☐ Seguro obligatorio de automóviles
- ☐ Seguros obligatorios diversos
- ☐ Seguros vinculados a préstamos hipotecarios

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

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

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

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 "Servicio de reclamaciones" se proporciona el enlace a la citada red.

Commission and its priorities

Policies, information and services



English **EN**

Search

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

Financial dispute resolution network: FIN-NET

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

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

The FIN-NET network

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

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

European Commission

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

Follow the European Commission

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

European Union

[EU institutions](#) [EU institutions](#)
[European Union](#) [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. Esta regulación ha supuesto dar un paso más en la generalización de la tramitación telemática en los procedimientos administrativos y en el consiguiente abandono progresivo de la tradicional tramitación en papel. Con la nueva ley, se pretende convertir la tramitación telemática, no en una forma especial de tramitación de los procedimientos administrativos, sino en la forma habitual de relacionarse con las administraciones. La tramitación telemática y la constancia de documentos y actuaciones en archivos electrónicos redundan en una mayor eficacia, eficiencia, agilidad de los procedimientos y en un ahorro de costes para los ciudadanos.

El empleo de medios telemáticos, como forma de tramitación de las reclamaciones, quejas y consultas, agiliza los trámites de comunicación entre las entidades, los ciudadanos y la Administración, disminuye los costes y reduce el plazo de resolución de los expedientes,

procurando con todo ello un reforzamiento en la eficacia de la protección de los derechos de los ciudadanos.

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

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

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.

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

Buscar en la DGSFP

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

Está Ud. en: Inicio > Procedimientos y servicios

Fecha y Hora Oficial
20/05/2019
13:15:12
[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
- Agencias de Suscripción
- 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](#)
- [Agencias de suscripción](#)
- [Inspección](#)
- [Asuntos generales](#)
- [Seguros Obligatorios](#)
- [Buzón de quejas y sugerencias](#) a los servicios prestados en la D.G. de Seguros y Fondos de Pensiones

[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.

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](#)

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

Guía de navegación | Accesibilidad | Aviso legal | Mapa web

W3C CSS | W3C XHTML | W3C WAI-AA

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 y Empresa 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.



sede electrónica

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

Buscar en la DGSFP

Bienvenidos | Benvinguts | Benvidos | Ongi etorri | Welcome

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

Fecha y Hora Oficial
20/05/2019
13:19:44
[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
Agencias de Suscripción
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](#)
- [Contestación a requerimiento del informe final](#)

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)

[Preguntas frecuentes](#)

[Contacte con nosotros](#)

[Portal Web de la DGSFP](#)

[Enlaces de interés](#)

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

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

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.



Bienvenidos al nuevo portal para Asegurados y Participes

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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


finanzas para todos

plan de educación financiera



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

Le ayudamos a mejorar la gestión diaria de su economía personal

Selecciona un perfil cercano a ti:

Todos

o bien dinos qué necesidad tienes:

Todas



Glosario
Enlaces
Herramientas y calculadoras
Novedades
Multimedia
Sobre este proyecto

Novedades

¡Ya tenemos los primeros resultados del Concurso de Conocimientos Financieros!

17-05-2019 - En: [Novedades](#)

¿Puede tu banco fijar un horario especial para pagar los recibos?

07-05-2019 - En: [Novedades](#)

334 centros educativos de toda España participarán en el concurso de conocimientos financieros

30-04-2019 - En: [Novedades](#)

Aspectos a tener en cuenta cuando invertimos en acciones

29-04-2019 - En: [Novedades](#)

Banca a distancia

25-04-2019 - En: [Novedades](#)

¿Para qué sirve el concepto de una transferencia?

23-04-2019 - En: [Novedades](#)

¿Están seguras mis inversiones? Fondo de garantía de inversiones (FOGAIN)

23-04-2019 - En: [Novedades](#)

Nuevos billetes de 100€ y 200€ ¡pronto en circulación!

16-04-2019 - En: [Novedades](#)

[Más novedades](#)

Lo más leído

Medios de pago: los cheques

En: [Productos y servicios bancarios operativos](#)

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

¿Qué pasa si no puedo pagar un préstamo?

En: [Relaciones bancarias](#)

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

Diferencia entre créditos y préstamos

En: [Productos bancarios de financiación](#)

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

Depósitos a plazo

En: [Productos bancarios de ahorro](#)

En un depósito, o imposición a plazo, el cliente entrega una cantidad de dinero a un banco o entidad financiera.

Y además ...



Recursos para jóvenes y profesores



Miércoles a las 10.22 horas

finanzas

Radio5: Las cuentas claras



Colección de fichas: Consejos básicos de economía familiar

Otros sitios de interés: Seguros y Pensiones Para Todos



Seguros y Pensiones para Todos

Fundación Mapfre

Síguenos en:

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**. El Comité Técnico de INFE reúne a todos los países miembros de esta red dos veces al año para abordar diversos temas de interés relacionados con la educación financiera. En los últimos años, se han tratado materias como el bienestar financiero, los colectivos vulnerables, el ahorro para la jubilación o los mecanismos de resolución de conflictos de interés entre otros.

Cabe destacar también que en el curso 2017-2018 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. En esta edición se adhirieron 762 centros educativos, abarcando más de 24.000 estudiantes y más de 700 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Asimismo, el 1 de octubre de 2018 se celebró, por cuarto 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.

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

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

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

Guías de buenas prácticas en materia de conducta de mercado

Por último, referido a la información ofrecida en el portal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cabe destacar la publicación de guías técnicas de buenas prácticas en materia de conducta de mercado, en concreto la relativa a determinadas cláusulas del seguro obligatorio de responsabilidad civil de vehículos a motor y la que se refiere a las buenas prácticas en el seguro de defensa jurídica.

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.

1. SEGUROS

1.1. SEGUROS DE VIDA

1.1.1. Seguros colectivos

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

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

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

En estos expedientes se recuerda el contenido del artículo 117 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que establece la obligación de las entidades aseguradoras de entregar un certificado individual de seguro a cada asegurado. 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.

Cabe resaltar la entrada en vigor del Reglamento (UE) 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de noviembre de 2014, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros y el Reglamento Delegado (UE) 2017/653 de la Comisión, de 8 de marzo de 2017, por el que se completa el Reglamento (UE) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos. En ellos se establece la obligación para las entidades de entrega del documento de datos fundamentales con el contenido y formato previstos en las citadas normas.

- Tipo de interés y gastos internos.

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

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

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

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

- Participación en beneficios.

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

- Exigencia a los beneficiarios de seguros de vida de la presentación de documentos que no sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de siniestro y el derecho al pago de la prestación, como la presentación del último recibo pagado o una copia de la póliza.

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

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

- 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que la oscuridad en la redacción de los contratos no debe perjudicar al asegurado, y se informa del derecho

del tomador a la parte proporcional de la prima no consumida sin la detracción de los gastos que no se establecen en el contrato.

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

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

1.3. SEGURO DEL AUTOMÓVIL

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

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

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

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

- Limitaciones en la aplicación de los convenios de liquidación de siniestros entre entidades.

En el caso de los terceros perjudicados en un accidente de la circulación, por aplicación de los convenios celebrados entre entidades aseguradoras, la peritación y valoración de los daños se realiza por la entidad del perjudicado.

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

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

- En caso de tramitación vía convenios, en los que no consta que se haya emitido oferta o respuesta motivada con los requisitos establecidos en el artículo 7 del texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, el hecho de que la aseguradora del perjudicado no informe acerca de la posibilidad de reclamar ante la entidad aseguradora del responsable para obtener la oportuna oferta o respuesta motivada con los requisitos que establece el precitado artículo 7, tiene la consideración de actuación contraria a las buenas prácticas.

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

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

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

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

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

1.4. SEGUROS DE HOGAR

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

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

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

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

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

- En siniestros derivados de accidentes de tráfico, en aquellos supuestos en los que la entidad aseguradora no informa, ante la disconformidad del asegurado, acerca del derecho a libre elección de profesionales para reclamar al contrario, dentro de los límites y condiciones contemplados en la póliza, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considera la actuación como contraria a las buenas prácticas.
- En aquellos expedientes en los que se observa una suma asegurada desproporcionadamente inferior al importe de los gastos judiciales que va a implicar una reclamación ante los tribunales de justicia, se indica que ese hecho hace que quede prácticamente sin contenido, el derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

- En los casos que se indican a continuación, el criterio del Servicio de Reclamaciones es entender que la actuación de las entidades reclamadas resulta contraria a las buenas prácticas y usos financieros:
 - Falta de información sobre las causas de denegación de un siniestro o de justificación de un importe ofrecido como indemnización.
 - Sometimiento de la firma de un finiquito como condición para el cobro de la indemnización, con carácter general y sin que se trate de una transacción.
 - Demora en la comunicación del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora o de la realización de las investigaciones y peritaciones necesarias.
 - Cuando el proceso de determinación de la indemnización se alarga y el asegurado no está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por la entidad aseguradora, esta, sin previo aviso, ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.
 - 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 2018 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Almería	129	1,24
	Cádiz	212	2,04
	Córdoba	153	1,47
	Granada	182	1,75
	Huelva	92	0,89
	Jaén	133	1,28
	Málaga	312	3,00
	Sevilla	416	4,01
Andalucía		1.629	15,69
	Huesca	36	0,35
	Teruel	27	0,26
	Zaragoza	179	1,72
Aragón		242	2,33
	Asturias	222	2,14
Asturias		222	2,14
	Illes Balears	273	2,63
Baleares		273	2,63
	Palmas (Las)	165	1,59
	Santa Cruz de Tenerife	242	2,33
Canarias		407	3,92
	Cantabria	159	1,53
Cantabria		159	1,53
	Albacete	95	0,91
	Ciudad Real	163	1,57
	Cuenca	40	0,39
	Guadalajara	101	0,97
	Toledo	145	1,40
Castilla la Mancha		544	5,24
	Ávila	32	0,31
	Burgos	117	1,13

TERRITORIO		NÚMERO	%
	León	128	1,23
	Palencia	29	0,28
	Salamanca	87	0,84
	Segovia	26	0,25
	Soria	12	0,12
	Valladolid	152	1,46
	Zamora	30	0,29
Castilla y León		613	5,90
	Barcelona	815	7,85
	Girona	69	0,66
	Lleida	52	0,50
	Tarragona	109	1,05
Cataluña		1.045	10,06
	Ceuta	9	0,09
Ceuta		9	0,09
	Alicante	347	3,34
	Castellón	79	0,76
	Valencia	622	5,99
Comunidad Valenciana		1.048	10,09
	Badajoz	140	1,35
	Cáceres	72	0,69
Extremadura		212	2,04
	Coruña, A	336	3,24
	Lugo	74	0,71
	Ourense	71	0,68
	Pontevedra	244	2,35
Galicia		725	6,98
	Madrid	2.321	22,35
Madrid		2.321	22,35
	Melilla	6	0,06
Melilla		6	0,06
	Murcia	308	2,97
Murcia		308	2,97
	Navarra	97	0,93
Navarra		97	0,93
	Álava	85	0,82
	Guipúzcoa	76	0,73
	Vizcaya	252	2,43
País Vasco		413	3,98
	Rioja (La)	64	0,62
Rioja (La)		64	0,62
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		10.337	99,56
TOTAL PRESENTADOS FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL		46	0,44

TERRITORIO	NÚMERO	%
TOTAL	10.383	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 2018
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	5.688	83,82
Entidad Extranjera (Sucursal)	489	7,21
Mutua	433	6,38
Entidad Extranjera (L.P.S.)	86	1,27
Mutualidad de Previsión Social	67	0,99
Otras Formas Jurídicas	15	0,22
Agrupaciones	8	0,11
TOTAL	6.786	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2017).

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
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
12. Errores de la entidad. 13. Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe. 14. Falta de información debida. 15. Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada.
MEDIACIÓN
16. Asesoramiento incorrecto. 17. No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor. 18. Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO
19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

AÑO 2007

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

AÑO 2008

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

AÑO 2009

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

AÑO 2010

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

AÑO 2011

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

AÑO 2012

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

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.

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.
- **Reglamento (UE) 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo**, de 26 de noviembre de 2014, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros.
- **Reglamento Delegado (UE) 2017/653 de la Comisión**, de 8 de marzo de 2017, por el que se completa el Reglamento (UE) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos
- **Ley 5/2019**, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario.

C) SEGUROS DE VEHÍCULOS A MOTOR

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

D) MEDIACIÓN EN SEGUROS

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

E) PLANES Y FONDOS DE PENSIONES

- **Real Decreto Legislativo 1/2002**, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.
- **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.