

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

20
21



GOBIERNO
DE ESPAÑA

VICEPRESIDENCIA
PRIMERA DEL GOBIERNO

MINISTERIO
DE ASUNTOS ECONÓMICOS
Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA
Y APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS
Y FONDOS DE PENSIONES

Índice

Presentación.....	5
Capítulo I.....	8
1. Cifras generales.....	9
2. Seguros.....	14
3. Distribución.....	37
4. Planes de pensiones.....	39
1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares.....	39
2. Reclamaciones y consultas sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares.....	46
5. Unidad de atención telefónica.....	47
Capítulo II.....	50
Capítulo III.....	56
1. Seguros.....	58
2. Mediación.....	69
3. Planes de pensiones.....	70
Capítulo IV.....	72
Capítulo V.....	82
1. Seguros.....	82
2. Planes de pensiones.....	96
Anexo I. Cuadros estadísticos.....	100
Anexo II. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones.....	118

Índice

RELACIÓN DE CUADROS

Cifras generales

- I Evolución mensual de los expedientes iniciados
- II Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados
- III Expedientes resueltos al cierre de 2021 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2021

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2021
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2021 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2021 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2021 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2021 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2021
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2021 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2021 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2021 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2021 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2021 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Índice

Distribución

- XI** Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2021
- XII** Reclamaciones resueltas en 2021 clasificadas por asuntos
- XIII.1** Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2021
- XIII.2** Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIV** Evolución mensual de expedientes iniciados en 2021
- XV** Reclamaciones resueltas en 2021 clasificadas por asuntos
- XVI** Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2021
- XVII** Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021 y análisis de la forma de terminación
- XVIII** Expedientes de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares, iniciados y resueltos en 2021

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 2021
- 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 2021
- 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 2021. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, establece las competencias que corresponden en el ámbito de los seguros privados y los planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el servicio con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Evolución de las quejas y reclamaciones

Este informe, siguiendo la estructura de años anteriores, se inicia con un capítulo dedicado a la información estadística, donde se detalla, en cifras, la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021, distinguiendo entre expedientes referidos a contratos de seguro, distribución y planes de pensiones. Del análisis general de este apartado cabe destacar especialmente lo siguiente:

- El número total de **expedientes iniciados** durante el año 2021 ha aumentado un 18,16% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 11.818. El incremento es de un 25,88% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de planes de pensiones el aumento es del 4,73%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 11.087, lo que supone un aumento de un 0,27% respecto al año anterior.
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 33% aproximadamente terminó con un informe favorable al reclamante, un 32% finalizó con un informe favorable a la entidad y en el restante 35% 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 51% se ha resuelto a favor del reclamante y el restante 49% a favor de la entidad.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021, 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. Este año se incluye un criterio referido a la aplicación del principio de indivisibilidad de la prima en aquellos supuestos en los que, durante la vigencia del contrato, desaparece el objeto asegurado

Presentación

si se trata de un seguro de daños, o fallece el asegurado, en el caso de seguros de personas.

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

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

Entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021, 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 que se ha renovado ya en tres ocasiones, por lo que el plan ha demostrado su vocación de permanencia. Se acaba de iniciar un nuevo plan cuatrienal para el periodo 2022-2025, con la incorporación del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital como promotor del proyecto. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la décima edición del Programa de Educación Financiera. 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 2021

Capítulo I

En este capítulo se recoge, en cifras, la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el año 2021.

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, distribución, 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 2021, 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 2021, independientemente de que se iniciaran en 2021 o en años anteriores.

Capítulo I

1. Cifras generales

Expedientes iniciados

Los cuadros I y II proporcionan diferente información sobre la totalidad de expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021.

El cuadro I contiene las cifras del total de expedientes de consultas, reclamaciones y quejas en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y distribución, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2019	2020	2021
Enero	764	948	760
Febrero	955	1.035	1.183
Marzo	953	582	1.128
Abril	973	222	1.230
Mayo	933	379	1.203
Junio	811	1.346	1.132
Julio	847	1.001	1.019
Agosto	667	617	736
Septiembre	691	716	858
Octubre	1.043	1.287	906
Noviembre	894	982	954
Diciembre	794	887	709
TOTALES	10.325	10.002	11.818

Conviene aclarar que las cifras anteriores no incluyen las consultas ni las reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones, que son atendidas por la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 11.920 expedientes iniciados en 2021, frente a los 10.101 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2021. 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 reclamación o consulta (este año, al igual que el anterior, no se han presentado escritos de queja). Los expedientes admitidos

Capítulo I

se clasifican, a su vez, en consultas y reclamaciones. Estas pueden versar sobre seguros, planes de pensiones o distribución.

Cuadro II
Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados

Período	Reclamación de seguros	Reclamación de planes	Reclamación corredores	Consultas	Consultas planes	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	421	9	4	9	2	315	760
Febrero	692	21	5	6	3	456	1.183
Marzo	732	14	8	12	4	358	1.128
Abril	787	14	3	11	3	412	1.230
Mayo	790	18	11	7	1	376	1.203
Junio	708	12	3	8	6	395	1.132
Julio	661	10	5	10	6	327	1.019
Agosto	443	10	4	9	2	268	736
Septiembre	529	17	5	10	0	297	858
Octubre	587	12	5	11	5	286	906
Noviembre	607	9	1	12	1	324	954
Diciembre	427	9	2	13	2	256	709
Total 2021	7.384	155	56	118	35	4.070	11.818
Total 2020	5.866	148	57	134	72	3.725	10.002
Diferencia	1.518	7	-1	-16	-37	345	1.816
% Variación	25,88	4,73	-1,75	-11,94	-51,39	9,26	18,16

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021. 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 2021 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 2021 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2021
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2021		
	Iniciados antes de 01/01/2021	Iniciados en 2021	Total
Reclamación de seguros	6.076	689	6.765
Reclamación de planes	20	22	42
Reclamación corredores	90	1	91
Consulta	40	55	95
Consulta planes	17	7	24
Escritos no admitidos	0	4.070	4.070
TOTAL	6.243	4.844	11.087

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2021

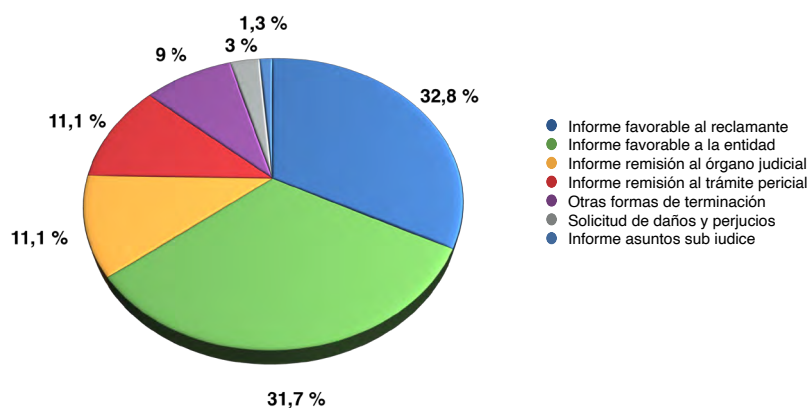
Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		6.898	62,22
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable al reclamante	2.261		
Informe favorable a la entidad	2.186		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	623		
Informe asuntos sub iúdice	86		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	768		
Informe remisión al trámite pericial	766		
Solicitud de daños y perjuicios	208		
2) Escritos no admitidos		4.070	36,71
Total reclamaciones		10.968	
Consultas			
3) Resolución de consultas		119	1,07
Expedientes terminados		11.087	100

Capítulo I

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

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación. Se incluyen los expedientes que finalizaron con los motivos que se señalan en el artículo 10 de la Orden ECC/2502/2012. En estos expedientes, si bien finalmente se emite informe, se indica que el caso examinado se encuentra en alguno de los supuestos de inadmisión que señala la norma (remisión al trámite pericial, a los tribunales de justicia, etc.).
- La segunda se refiere al número total de expedientes no admitidos desde su presentación por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura del procedimiento.
- La tercera parte se refiere a las consultas referentes a contratos de seguros y planes de pensiones resueltas durante el año 2021.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 6.898 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 62% del total de expedientes resueltos en 2021. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable al reclamante**, es decir, estimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.261, lo que supone el **32,78%** del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor de la entidad** se elevan a 2.186, lo que supone el **31,69%** del total.
- c) 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 768 expedientes, lo que supone un **11,13%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias

Capítulo I

sobre determinados hechos, cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

- d) 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 766, lo que representa el **11,11%** 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.
- e) El apartado de “**otras formas de terminación**” recoge las reclamaciones que finalizan, entre otras causas, por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior o posterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 623 y suponen el **9,03%** del total de las resueltas.
- f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 208, suponiendo un **3,01%** del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- g) Por último, las 86 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba en **litigio ante los tribunales de justicia**, representan el **1,25%** 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 necesarios.

Capítulo I

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

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

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

2. Seguros

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

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2021 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2021

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Enero	421	299	9	8	737
Febrero	692	424	6	7	1.129
Marzo	732	337	12	11	1.092
Abril	787	397	11	7	1.202
Mayo	790	363	7	2	1.162
Junio	708	384	8	4	1.104
Julio	661	320	10	0	991

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Agosto	443	253	9	4	709
Septiembre	529	271	10	6	816
Octubre	587	269	11	10	877
Noviembre	607	305	12	6	930
Diciembre	427	243	13	3	686
Total 2021	7.384	3.865	118	68	11.435
Total 2020	5.866	3.402	134	101	9.503
Diferencia	1.518	463	-16	-33	1.932
% Variación	25,88	13,61	-11,94	-32,67	20,33

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2021.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2021
clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2021	% S/ total 2021	Total 2020	% S/ total 2020	Diferencia 2021 - 2020
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	3.192	43,23	2.308	39,35	884
Vehículos	805	10,90	731	12,46	74
Enfermedad	723	9,79	633	10,79	90
Vida	719	9,74	532	9,07	187
Perdidas pecuniarias diversas	554	7,50	462	7,88	92
Defensa jurídica	485	6,57	465	7,92	20
Decesos	379	5,13	275	4,69	104
Responsabilidad civil general	299	4,05	220	3,75	79
Asistencia	115	1,56	137	2,34	-22
Accidentes	104	1,41	102	1,73	2
Caución	9	0,12	1	0,02	8
TOTAL	7.384	100	5.866	100	1.518

Capítulo I

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 2021, 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 2021
atendiendo a la materia objeto de reclamación

Vida	Nº	%
Rechazo del siniestro	241	23,91
Falta de información o información incorrecta	232	23,02
Disconformidad con el importe recibido	199	19,74
Devolución de prima no consumida	108	10,71
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	70	6,94
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	48	4,76
Aumento de prima	34	3,37
Retraso en el pago	33	3,27
Alta o modificación sin autorización del cliente	31	3,08
Otras materias	12	1,20
TOTAL	1.008	14,90

Accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	145	64,44
Disconformidad con el importe de la indemnización	48	21,33
Otras materias	18	8,00
Falta de información o información incorrecta	8	3,56
Retraso en el pago	6	2,67
TOTAL	225	3,33

Capítulo I

Enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	270	50,48
Aumento de prima	66	12,34
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	51	9,53
Disconformidad con la prestación	44	8,22
Otras materias	33	6,17
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	28	5,23
Devolución de prima no consumida	25	4,67
Falta de información o información incorrecta	18	3,36
TOTAL	535	7,91

Vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	262	26,84
Rechazo del siniestro	201	20,59
Solicitud de devolución de prima no consumida	156	15,99
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	96	9,84
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	72	7,38
Otras materias	65	6,66
Falta de información o información incorrecta	50	5,12
Aumento de prima	49	5,02
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	25	2,56
TOTAL	976	14,43

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	1.141	51,03
Rechazo del siniestro	760	33,99
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	82	3,67
Solicitud de devolución de prima no consumida	62	2,77
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	56	2,50
Otras materias	44	1,97
Falta de información o información incorrecta	38	1,70

Capítulo I

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Alta o modificación sin autorización del cliente	27	1,21
Aumento de prima	26	1,16
TOTAL	2.236	33,05

Responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	39	54,93
Disconformidad con la valoración de la indemnización	19	26,76
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	7	9,86
Falta de información o información incorrecta	4	5,63
Otros	2	2,82
TOTAL	71	1,05

Caución	Nº	%
Rechazo del siniestro	1	100
TOTAL	1	0,01

Pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	532	75,57
Devolución de prima no consumida	68	9,66
Disconformidad con la valoración de la indemnización	54	7,67
Otros	39	5,54
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	11	1,56
TOTAL	704	10,41

Defensa jurídica	Nº	%
Rechazo del siniestro	142	57,72
Disconformidad con la valoración de la indemnización	80	32,52
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	16	6,50
Otras materias	4	1,63
Falta de información	4	1,63
TOTAL	246	3,64

Capítulo I

Asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	78	49,06
Disconformidad con la prestación	44	27,67
Devolución de prima no consumida	23	14,47
Otras materias	12	7,55
Falta de información o información incorrecta	2	1,25
TOTAL	159	2,35

Decesos	Nº	%
Disconformidad con la devolución del exceso de suma asegurada	207	34,27
Aumento de prima	146	24,17
Rechazo de la prestación	112	18,54
Falta de información o información incorrecta	51	8,44
Devolución de prima	50	8,28
Otros	38	6,30
TOTAL	604	8,93

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2021	6.765	100

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

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

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

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

Capítulo I

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

- Seguro de vida

El primer motivo de reclamación, casi un 24%, tiene que ver con el 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.

En el año 2021 el segundo de los motivos de reclamación, un 23%, tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación y/o durante la vida del contrato. Los reclamantes ponen de manifiesto la deficiente información recibida, e incluso alegan que desconocían que el producto contratado tuviese la naturaleza de un contrato de seguro en lugar de un producto bancario con liquidez garantizada. Por parte del Servicio de Reclamaciones quiere resaltarse que los nombres comerciales que se dan a los diferentes productos no deberían dejar lugar a dudas de que lo que se está contratando es un seguro; asimismo, tanto la información previa, reforzada por la normativa reciente, como la redacción del propio contrato, deben ser lo más claras y precisas posibles, aún en el caso de tratarse de productos complejos. En este sentido es fundamental incidir en la formación y en las prácticas de comercialización de todo tipo de distribuidores de seguros.

El tercero de los motivos, en torno al 20%, deriva de la disconformidad con el importe recibido, tanto a vencimiento como para el caso del ejercicio, por parte del tomador, del derecho de rescate. La discrepancia tiene que ver con la aplicación de gastos que figuran, o no, en el contrato; con el desconocimiento de que el importe recibido está vinculado al valor de unos activos financieros cuya identificación a veces se desconoce, etc. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados en nuestro mercado asegurador, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje transparente y directo, que no pueda dar lugar a equívocos, de forma que el tomador comprenda desde el primer momento todas las características del tipo de contrato que suscribe.

- Seguro de accidentes

En torno al 64% de las reclamaciones resueltas tienen que ver con la negativa de la entidad a abonar el importe de la indemnización, fundamentalmente por no darse la situación de incapacidad en los términos previstos en la póliza o por inexactitudes, alegadas por la entidad, en cuanto a la cumplimentación por el tomador, del cuestionario previo a la contratación.

Capítulo I

El segundo motivo de reclamación, un 21%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que suele tener que ver con la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, en torno al 51%, 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. En este año, igual que en el anterior, dentro de este asunto, se incluirían también las reclamaciones que versan sobre el rehúse por parte de algunas entidades de la cobertura de las pruebas de detección del COVID-19.

El segundo de los motivos se refiere las subidas de prima, alrededor del 12% y el tercero tiene que ver con solicitudes de no renovación del contrato no realizadas por la entidad, bien porque las solicitudes no se llevaron a cabo, por parte del tomador, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley (comunicación al menos con un mes de antelación al vencimiento del contrato) bien porque la entidad no cumplió con la petición, ajustada a derecho, del tomador.

- Seguro de decesos

En el seguro de decesos destacan los casos de reclamaciones que tienen que ver con la cuantificación del exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el asegurador, un 34%. Algunas de estas reclamaciones están relacionadas con situaciones en las que, por no haberse prestado determinados servicios incluidos en las pólizas durante el periodo del estado de alarma y con motivo de las restricciones impuestas por la situación de emergencia sanitaria, los reclamantes entienden que les corresponde un importe mayor que el ofrecido por la aseguradora.

En segundo lugar, un 24%, se situarían las reclamaciones relacionadas con los aumentos de prima, 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.

Capítulo I

En tercer lugar, casi un 19%, se situarían las reclamaciones que se refieren al rechazo del siniestro, generalmente por entender la aseguradora que el cuestionario de salud presentaba reservas o inexactitudes cometidas por el asegurado en el momento de la contratación.

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, alrededor del 27% de las reclamaciones, tiene que ver con la diferente valoración de los daños que hacen las partes, que incluyen aquellas en las que la discrepancia alcanza incluso a si algunos de los daños reclamados se corresponden con el siniestro objeto de la reclamación o con siniestros anteriores y a la interpretación de las cláusulas de indemnización por el valor venal del vehículo. Si se trata de la cobertura de responsabilidad civil obligatoria el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una oferta motivada conforme a la normativa vigente.

El segundo de los motivos, 21%, se refiere al rechazo del siniestro por parte de la entidad, generalmente por no coincidir los hechos declarados por el asegurado con las comprobaciones realizadas por la aseguradora, en el caso de la cobertura de daños propios, o por no quedar acreditada la responsabilidad del presunto responsable, en el caso del seguro de responsabilidad civil obligatoria. Para este último supuesto, el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una respuesta motivada conforme a la normativa vigente.

La tercera causa de reclamación 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. En 2021, al igual que el año pasado, algunas de ellas se refieren a la petición de devolución de prima, por entender los reclamantes que se habría producido una disminución del riesgo a consecuencia de la no utilización del vehículo durante el periodo que duró el estado de alarma.

- 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, el 51%, es 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.

En segundo lugar, en torno al 34%, se sitúan las reclamaciones relacionadas con el rehúse del siniestro por parte de la entidad, que suele tener que ver con la discrepancia respecto al origen de los daños o al momento en que estos se producen y que, sin ánimo de

Capítulo I

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.

- Seguro de responsabilidad civil

En este ramo, en torno al 55% 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 caución

Las reclamaciones que se refieren a este seguro son escasas. Este año se ha resuelto una reclamación y el asunto tenía que ver con el rechazo del siniestro por parte de la aseguradora.ⁱ

- Seguro de pérdidas pecuniarias diversas

En el ramo de pérdidas pecuniarias diversas el asunto que genera mayor número de reclamaciones, casi el 76%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de la entidad. Incluidas en este asunto, como el año pasado, estarían las reclamaciones derivadas de las anulaciones de los viajes que no se pudieron realizar por la situación de emergencia sanitaria.

Como se puso de manifiesto en informes anteriores, muchas 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 las reclamaciones que derivan de las solicitudes de devolución de prima, muchas de ellas por la cobertura de anulación de viajes.

En tercer 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.

Capítulo I

- Seguro de defensa jurídica

En el ramo de defensa jurídica el motivo de reclamación más numeroso, casi el 58%, tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad, bien por la aplicación de exclusiones bien por la aplicación de cláusulas limitativas muy frecuentes en este ramo.

En 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 49%, que suele referirse a las diferentes interpretaciones que realizan las partes en supuestos de pérdida de enlaces, pérdida de equipaje, traslado del vehículo al taller más cercano, etc.

En segundo lugar se encontrarían las reclamaciones derivadas de la disconformidad en la prestación del servicio de asistencia.

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

Capítulo I

Cuadro VII.2
Reclamaciones de seguros resueltas en 2021 clasificadas por ramos
atendiendo a su forma de terminación

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Incendios y elementos naturales / otros daños a los bienes	2.236	237	330	567	25,36	719	32,16	950	42,48
Vida	1.008	79	399	478	47,42	267	26,49	263	26,09
Vehículos terrestres	976	163	130	293	30,02	340	34,84	343	35,14
Pérdidas pecuniarias diversas	704	8	193	201	28,55	266	37,78	237	33,67
Decesos	604	35	249	284	47,02	175	28,97	145	24,01
Enfermedad y asistencia sanitaria	535	49	127	176	32,9	180	33,65	179	33,45
Defensa jurídica	246	11	96	107	43,50	69	28,05	70	28,45
Accidentes	225	3	37	40	17,78	69	30,67	116	51,55
Asistencia	159	2	38	40	25,16	57	35,85	62	38,99
Responsabilidad civil general	71	5	22	27	38,03	9	12,68	35	49,29
Caución	1	0	1	1	100	0	0	0	0
TOTAL	6.765	592	1.622	2.214	32,72	2.151	31,80	2.400	35,48

Capítulo I

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2021 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre seguro de personas	36	37,90
Información sobre normativa general de contrato de seguro	28	29,47
Información sobre seguros de daños	17	17,90
Información sobre cómo reclamar	14	14,73
TOTAL	95	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 2021 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

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

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 segunda posición.

En tercer lugar se sitúan las consultas relativas a los seguros de daños. 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.

Capítulo I

Las solicitudes de información sobre el procedimiento de presentación de reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, ocupan el último lugar. El cuadro IX.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas durante el año 2021. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2021, el total de reclamaciones presentadas en el año 2020, 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 2021

Denominación	Total 2021	Total 2020	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	715	559	156	27,91	0,1373
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	468	325	143	44	0,3250
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	429	259	170	65,64	0,2647
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	421	371	50	13,48	0,1455
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	393	300	93	31	0,1828
AXA Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	381	288	93	32,29	0,1976
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	281	180	101	56,11	0,0674
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	229	165	64	38,79	0,2298
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	225	227	-2	-0,88	0,2480

Capítulo I

Denominación	Total 2021	Total 2020	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros A Prima Fija	188	160	28	17,5	0,1206
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	165	180	-15	-8,33	0,5018
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	150	102	48	47,01	0,3214
Liberty Seguros, Compañía de Seguros Y Reaseguros, S.A.	139	109	30	27,52	0,1098
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	137	114	23	20,18	0,1149
Reale Seguros Generales, S.A.	135	88	47	53,41	0,1428
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	134	114	20	17,54	0,1476
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	124	0	124	Ver nota	0,3975
Zurich Insurance PLC Suc.España	114	86	28	32,56	Ver nota
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	109	57	52	91,23	0,3354
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros Y Reaseguros	106	84	22	26,19	0,0124
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	101	33	68	206,06	0,1386
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	81	45	36	80	0,1050
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	66	163	-97	-59,51	0,0768
Bankia Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	65	43	22	51,16	0,4081
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	63	29	34	117,24	0,2494

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2021.
- Respecto a la entidad ZURICH INSURANCE PLC SUCURSAL EN ESPAÑA, no puede indicarse el ratio, ya que al ser la 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 I

- En diciembre de 2020, BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS realizó a favor de BBVA SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, una cesión de cartera en determinados ramos y, con posterioridad, esta última cambió de denominación por la de BBVA ALLIANZ, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

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 2021 en relación al volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2021	Ratio reclamaciones
Legalitas Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	30	21.661.499	1,3849
Alianza Española S.A. de Seguros, La	22	30.993.076	0,7098
Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	27	49.095.768	0,5499
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	165	328.830.106	0,5018
Kutxabank Aseguradora Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	57	119.810.956	0,4757
Verti Aseguradora, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	37	90.031.158	0,4110
Bankia Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	65	159.256.127	0,4081
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	124	311.948.998	0,3975
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	62	161.847.306	0,3831
Soliss Mutua de Seguros	15	39.201.208	0,3826
Divina Pastora, Seguros Generales, S.A.U.	11	29.943.346	0,3674
Cajamar Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	34	94.064.637	0,3615
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	109	325.014.505	0,3354
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	468	1.440.104.579	0,3250
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	150	466.699.493	0,3214

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2021	Ratio reclamaciones
Fénix Directo, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	15	46.790.563	0,3206
Preventiva, Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A.	31	103.633.367	0,2991
Almudena Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	28	96.715.759	0,2895
Nortehispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	55	205.674.842	0,2674
Patria Hispana, S.A. de Seguros y Reaseguros	17	63.858.002	0,2662
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	429	1.620.629.322	0,2647
La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A.	13	49.195.558	0,2643
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	63	252.588.790	0,2494
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	225	907.189.195	0,2480
GACM Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	42	170.848.090	0,2458

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2021.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2021. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2021 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 2021. 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.

Capítulo I

Cuadro IX.3
Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2021 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2021	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	1.440.104.579 (12)	468 (2)	0,3250
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	1.620.629.322 (9)	429 (3)	0,2647
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	907.189.195 (21)	225 (9)	0,2480
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	996.374.080 (18)	229 (8)	0,2298
AXA Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	1.928.061.112 (6)	381 (6)	0,1976
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	2.149.497.747 (5)	393 (5)	0,1828
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.893.403.295 (4)	421 (4)	0,1455
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	907.706.231 (20)	134 (16)	0,1476
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	728.714.333 (27)	101 (21)	0,1386
Reale Seguros Generales, S.A.	945.103.675 (19)	135 (15)	0,1428
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.207.897.946 (2)	715 (1)	0,1373
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros A Prima Fija	1.558.897.934 (11)	188 (10)	0,1206
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.192.037.672 (16)	137 (14)	0,1149
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	1.266.280.347 (15)	139 (13)	0,1098
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	771.316.566 (25)	81 (22)	0,1050
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	859.918.284 (23)	66 (23)	0,0768
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	4.170.580.754 (3)	281 (7)	0,0674

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2021	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros	772.859.325 (24)	48 (33)	0,0621
ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	1.321.414.657 (13)	59 (28)	0,0446
AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	755.302.791 (26)	31 (40)	0,0410
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	1.559.739.278 (10)	58 (29)	0,0372
Ibercaja Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	901.826.629 (22)	22 (47)	0,0244
Bansabadell Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.319.152.751 (14)	31 (40)	0,0235
MAPFRE Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros Sobre La Vida Humana	1.736.993.578 (7)	44 (35)	0,0253
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	8.522.226.002 (1)	106 (20)	0,0124

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2021.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2021 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 2021 en relación con el número de pólizas

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	150	1.209.581	0,01240
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	81	766.135	0,01057
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	468	4.470.795	0,01047
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	124	1.189.398	0,01043

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	393	4.048.503	0,00971
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	101	1.152.182	0,00877
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	165	1.949.569	0,00846
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	109	1.298.589	0,00839
AXA Seguros Generales, S. A. de Seguros Y Reaseguros	381	5.085.035	0,00749
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	421	5.945.003	0,00708
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	134	1.902.612	0,00704
Bankia Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	65	953.412	0,00697
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	63	904.569	0,00661
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	137	2.298.981	0,00596
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	429	7.494.567	0,00572
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	281	5.269.913	0,00533
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	715	13.983.960	0,00511
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	225	5.742.616	0,00392
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	229	6.777.517	0,00338
Reale Seguros Generales, S.A.	135	4.138.000	0,00326
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	139	4.794.296	0,00290
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	106	4.752.181	0,00223

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	66	3.625.993	0,00182
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros A Prima Fija	188	14.095.631	0,00133
Zurich Insurance PLC Suc. España	114	-	Ver nota

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2021.
- Respecto a la entidad ZURICH INSURANCE PLC SUCURSAL EN ESPAÑA, no puede indicarse el ratio, ya que al ser la 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.

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 2021 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2021 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2021, independientemente de que estos expedientes al término del año 2021 estuviesen resueltos o no.

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	630	63	95	158	25,08	240	38,10	232	36,83
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	356	24	60	84	23,60	150	42,13	122	34,27
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	325	24	76	100	30,77	99	30,46	126	38,77

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	300	11	60	71	23,67	114	38,00	115	38,33
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	284	41	39	80	28,17	90	31,69	114	40,14
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	280	34	43	77	27,50	90	32,14	113	40,36
Línea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	241	41	46	87	36,10	43	17,84	111	46,06
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	196	22	26	48	24,49	62	31,63	86	43,88
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	180	24	30	54	30,00	53	29,44	73	40,56
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros	169	9	47	56	33,14	57	33,73	56	33,14
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	137	19	14	33	24,09	38	27,74	66	48,18
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	131	8	45	53	40,46	45	34,35	33	25,19
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	129	11	38	49	37,98	38	29,46	42	32,56
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	120	6	24	30	25,00	47	39,17	43	35,83
Reale Seguros Generales, S.A.	118	16	18	34	28,81	49	41,53	35	29,66
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	117	26	20	46	39,32	31	26,50	40	34,19

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	112	5	34	39	34,82	25	22,32	48	42,86
Alianza Española S.A. de Seguros, La	105	7	71	78	74,29	12	11,43	15	14,29
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	105	4	38	42	40,00	24	22,86	39	37,14
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	91	25	5	30	32,97	40	43,96	21	23,08
Bankia Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	86	6	33	39	45,35	22	25,58	25	29,07
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	81	9	25	34	41,98	29	35,80	18	22,22
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	80	17	21	38	47,50	18	22,50	24	30,00
Nortehispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	72	0	43	43	59,72	9	12,50	20	27,78
Zurich Insurance PLC Suc. España	66	9	5	14	21,21	19	28,79	33	50,00

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.

Capítulo I

3. Distribución

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 2021 y su variación con respecto al año anterior.

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2021

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Total
Enero	4	3	7
Febrero	5	2	7
Marzo	8	0	8
Abril	3	2	5
Mayo	11	1	12
Junio	3	1	4
Julio	5	3	8
Agosto	4	4	8
Septiembre	5	2	7
Octubre	5	2	7
Noviembre	1	4	5
Diciembre	2	1	3
Total 2021	56	25	81
Total 2020	57	42	99
Diferencia	-1	-17	-18
% Variación	-1,75	-40,48	-18,18

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

Capítulo I

Cuadro XII
Reclamaciones resueltas clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/ total
La asistencia durante la duración del contrato fue inexistente o deficiente	56	61,54
Otros motivos	35	38,46
AÑO 2021	91	100

En el siguiente cuadro se recogen las dos corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2021 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2021

Sociedades de correduría	Número	%
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg., S.A. Grupo de Seg. El Corte Inglés	18	32,14
Intermundial XXI S.L.	9	16,07

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las cuatro corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2021 por el Servicio de Reclamaciones.

Cuadro XIII.2
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg. S.A. Grupo de Seg. El Corte Inglés	28	0	5	5	17,9	7	25	16	57,14
Intermundial XXI, S.L.	20	1	7	8	40	8	40	4	20

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Sociedad de Previsión Bancaria Iberia, Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.	4	1	0	1	25	2	50	1	25
AMV Hispania Correduría de Seguros S.L.	4	0	3	3	75	1	25	0	0

4. Planes de pensiones

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

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

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

El cuadro XIV proporciona información sobre el total de expedientes de reclamación y consulta relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual formuladas por particulares, presentados durante el año 2021 y clasificados por meses.

Capítulo I

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2021

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	9	5	2	0	16
Febrero	21	22	3	1	47
Marzo	14	10	4	0	28
Abril	14	6	3	0	23
Mayo	18	9	1	1	29
Junio	12	4	6	1	23
Julio	10	5	6	1	22
Agosto	10	7	2	0	19
Septiembre	17	18	0	0	35
Octubre	12	5	5	0	22
Noviembre	9	8	1	1	19
Diciembre	9	8	2	0	19
Total 2021	155	107	35	5	302
Total 2020	148	157	72	23	400
Diferencia	7	-50	-37	-18	-98
% Variación	4,73	-31,85	-51,39	-78,26	-24,50

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.

Capítulo I

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2021 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 2021 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Prestaciones	16	38,11
Otros	10	23,81
Información, comercialización y publicidad	4	9,52
Movilización de derechos consolidados	4	9,52
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	4	9,52
Beneficiarios por fallecimiento	2	4,76
Gestión de inversiones. Comisiones.	2	4,76
TOTAL	42	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2021 ha sido el relativo a **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 38,11% del total de reclamaciones resueltas.

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 evolución negativa del valor liquidativo de las participaciones del 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.

El segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2021 se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto de la **comercialización de los planes de pensiones y la publicidad** realizada sobre los mismos. Este tipo de reclamaciones representaron en el 2021 el 9,52% del total de reclamaciones resueltas. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación

Capítulo I

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

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

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

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

Capítulo I

el mantenimiento de la bonificación estén supeditados a un compromiso de permanencia, este deberá estar redactado de forma clara y destacado de modo especial en el documento.

Destacan también las reclamaciones tramitadas en relación con la **movilización de derechos consolidados**, representando, como en el asunto anterior, un 9,52% respecto del total de reclamaciones resueltas.

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

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.

Otro de los motivos destacable es el relativo a las solicitudes de rescate por alguno de los **supuestos excepcionales de liquidez** previstos en la normativa. Las reclamaciones tramitadas sobre este asunto en el año 2021 representaron un 9,52% del total de reclamaciones resueltas.

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

Capítulo I

solicitan el rescate por alguno de estos supuestos. Así, cuando el partícipe solicita el rescate, bien directamente a la entidad gestora o a través del comercializador, se le ha de informar claramente sobre los requisitos que debe cumplir, así como concretar desde el momento inicial la totalidad de la documentación que debe ser entregada para su acreditación.

Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2021 se han resuelto 24 consultas sobre planes de pensiones. 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, la disposición de los planes de pensiones en caso de desempleo o cese derivados de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, el embargo de los derechos consolidados, la existencia de un registro de planes de pensiones y el procedimiento a seguir para la presentación de una reclamación.

Entidades reclamadas

El cuadro XVI recoge la clasificación de las tres entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de **reclamaciones presentadas** durante el año 2021.

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 2021

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	29	18,72	36
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	22	14,19	10,43
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	17	10,97	12,49

NOTA:

- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2021.

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 2021 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2021
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	%				
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	7	0	4	4	57,14	3	42,86	0	0
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	6	0	3	3	50	1	16,67	2	33,33
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	5	1	1	2	40	1	20	2	40
Bankia Pensiones, S. A., E.G.F.P.	3	0	1	1	33,33	2	66,67	0	0
Caser Pensiones, Entidad Gestora de Fondos de Pensiones S.A.	2	0	1	1	50	0	0	1	50

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.

Capítulo I

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

El cuadro XVIII ofrece información sobre la actividad desarrollada por la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria a lo largo del ejercicio 2021, en materia de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

Cuadro XVIII

Expedientes de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no formuladas por particulares, iniciados y resueltos en 2021

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	70	92
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	32	26
Total 2021	102	118
Total 2020	99	86
Diferencia	3	32
% Variación	3,03	37,21

El total de expedientes presentados en el periodo de referencia se eleva a 102, de los cuales el 68,6% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 31,4% se refiere a consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

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

Capítulo I

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

En total, durante el año 2021 se resolvieron 118 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2021 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 92 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 26 son consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

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 2021 se han atendido más de 26.000 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 2021 se han recibido y contestado en torno a 2.500 correos electrónicos.



Capítulo II

Actividad

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

Capítulo II

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

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

El cuadro XIX contiene información agregada sobre el número total de quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras durante el año 2021.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2021

	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	120.317	2.694	2.339	122.656	38.515	60.845	17.031	116.391

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 2021, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:

- Datos relativos a las quejas y reclamaciones presentadas ante los departamentos o servicios de atención al cliente.
- Datos referentes a quejas y reclamaciones recibidas por los defensores del cliente que previamente hayan sido tramitadas por los departamentos o servicios de atención al cliente de la entidad, como primera instancia.

Capítulo II

c) Datos relativos a quejas y reclamaciones presentadas ante los defensores del cliente que no hayan sido previamente tramitadas por los departamentos o servicios de atención al cliente de la entidad como primera instancia.

La segunda parte se refiere al número total de quejas y reclamaciones resueltas en el año 2021 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2021 o en el año anterior y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2021 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 122.656.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2021 ha sido de 116.391, de las cuales un 33,09% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 52,28% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 14,63% 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 2021, ordenadas en función del porcentaje de quejas y reclamaciones recibidas por los servicios de atención al cliente y defensores del cliente que posteriormente se presentan como reclamaciones de seguros en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	753	281	37,32
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	362	124	34,25
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	451	63	13,97
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.326	150	11,31

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.025	106	10,34
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	1.652	139	8,41
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.083	421	8,28
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	4.794	393	8,20
Bankia Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	800	65	8,13
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	6.228	468	7,51
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	2.622	188	7,17
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros	3.383	229	6,77
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	2.125	134	6,31
Reale Seguros Generales, S.A.	2.196	135	6,15
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	2.344	137	5,84
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	13.430	715	5,32
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	2.134	101	4,73
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	4.235	165	3,90
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	10.038	381	3,80
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	2.888	109	3,77
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	11.452	429	3,75

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	6.846	225	3,29
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	2.256	66	2,93
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	8.001	81	1,01
Zurich Insurance PLC Suc. España	Ver nota	114	Ver nota

NOTA:

- Respecto a la entidad ZURICH INSURANCE PLC SUCURSAL EN ESPAÑA, no puede indicarse el ratio, ya que al ser la sucursal de una entidad domiciliada en otro Estado de la Unión Europea, no está obligada a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



Capítulo III

Expedientes de especial interés

Capítulo III

Al igual que en años anteriores, en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2021, 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 2021, 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.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluyen dos casos en los que se destaca la importancia de la claridad en la redacción de las cláusulas reguladoras de los gastos aplicables a los seguros de vida.

Se ha querido destacar este año también un par de cláusulas que, de acuerdo con el criterio del servicio, tendrían la naturaleza de limitativas de los derechos de los asegurados, y por tanto, para su validez, tienen que estar destacadas y expresamente aceptadas por el asegurado.

En el apartado de seguros de daños se publica un caso en el que se recalca la importancia de la entrega de toda la documentación contractual.

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 distribución y expedientes de planes de pensiones.

A continuación se indican los casos objeto de publicación en 2021.

Capítulo III

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 2021

Seguros	
Seguros de personas	
1	Valoración de los derechos económicos en un plan individual de ahorro sistemático (PIAS).
2	Cálculo del importe de los gastos en un plan de previsión asegurado.
3	Denegación del pago de una prestación de incapacidad temporal en un seguro vinculado a un préstamo.
4	Denegación del pago de una prestación de incapacidad permanente total.
5	Solicitud de devolución de la prima abonada por el tomador de un contrato de seguro obligatorio de viajeros.
6	Discrepancia en el importe de la suma asegurada en un seguro de vida con cobertura adicional de decesos.
7	Denegación de la prestación de parte de los servicios incluidos en un seguro de decesos.
Seguros de daños	
8	Desatención reiterada en la tramitación de un siniestro en un seguro de caución a favor de Administraciones Públicas.
9	Denegación de la cobertura de responsabilidad civil en un seguro de edificios de viviendas.
10	Condiciones generales de un seguro de hogar con remisión a la página web de la entidad aseguradora para la regulación de determinadas coberturas.
11	Delimitación de la cobertura de responsabilidad civil de explotación en un seguro multirriesgo industrial
Distribución	
12	Asesoramiento en el cambio de entidad aseguradora en un seguro obligatorio del automóvil.
Planes de pensiones	
13	Penalización aplicada por incumplimiento del plazo de permanencia.

Capítulo III

1. Seguros

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida (modalidad PIAS).

ASUNTO:

Discrepancia en la determinación del importe de la provisión matemática de un plan individual de ahorro sistemático.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplidos el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro y el 49 del Reglamento del I.R.P.F.

CONCLUSIÓN:

La información referida a los gastos aplicables a los derechos económicos en los contratos de vida ahorro debe ser precisa, y su importe debe ser adecuado a las primas efectivamente pagadas.

1/2021. Valoración de los derechos económicos en un plan individual de ahorro sistemático (PIAS)

El reclamante, tomador de un plan individual de ahorro sistemático, manifestaba en su reclamación su disconformidad con la actuación de su entidad aseguradora con motivo de la movilización de sus derechos económicos a otra entidad. En el momento de la movilización había sido informado de que, debido a los gastos aplicables, el importe de su provisión matemática ascendía a 797,35 euros, a pesar de haber realizado aportaciones al producto, desde su contratación en 2017, por importe de 4.000 euros.

La entidad aseguradora alegaba que los gastos del producto y el régimen aplicable al ejercicio del derecho de traspaso se encontraban previstos en la Nota Informativa Previa y en las Condiciones Generales.

El artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que “[...] Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. [...]”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la póliza aportada al expediente carecía de la claridad y precisión exigidas en la norma en relación con los gastos. En este sentido, respecto a la tabla de gastos, recogida tanto en la Nota Informativa Previa estandarizada como en las Condiciones Generales del Seguro, se indicó en el informe final, en primer lugar, que del factor de gastos de gestión únicamente se señalaba, en la documentación contractual, que variaba en función de la duración del seguro y del tiempo transcurrido desde el inicio del contrato, pero no se recogía una tabla de porcentajes de acuerdo con estas variables; en segundo lugar, respecto a la cuota de los gastos de administración del contrato, solo se señalaba que es función de los activos bajo gestión, pero no se proporcionaba información sobre el rango de variabilidad de dicha cuota y las características que influyen en su determinación.

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se hizo mención asimismo, a la definición del gasto inicial incluida en el contrato; es un gasto que se calcula mensualmente durante los primeros 48 meses de vida del contrato pero cuya base de cálculo es el total de primas previstas para toda la duración del contrato (con un límite de 27 años); en el informe final se indicó que si se devenga en función de las primas pagadas, su base de cálculo debería ser el importe total de primas efectivamente pagadas y no el importe total de primas que se prevé se vayan a pagar durante toda la duración del contrato.

Se indicó además, en el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones, que la fecha de valoración de la provisión matemática considerada por la entidad era errónea y debía ser, como se contemplaba en el contrato y en el artículo 49 del Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas aprobado por el Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, el día hábil anterior a la fecha en la que la movilización se había hecho efectiva.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida (modalidad PPA).

ASUNTO:

Discrepancia en el importe de los gastos aplicados en un plan de previsión asegurado.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

La información sobre el cálculo del importe de los gastos aplicables a los derechos económicos en los contratos de vida ahorro debe ser clara y precisa.

2/2021. Cálculo del importe de los gastos en un plan de previsión asegurado

El reclamante en su escrito se quejaba de la deficiente información recibida con motivo de la movilización de un plan de previsión asegurado entre entidades y solicitaba el reintegro de los gastos aplicados al importe de sus derechos económicos.

La entidad alegaba que el importe traspasado coincidía con el valor de rescate a la fecha de ejecución del mismo y que era el importe de la provisión matemática de la póliza. Asimismo manifestaba que al haber solicitado la movilización antes del plazo previsto como duración del contrato de seguro, la rentabilidad no se ajustaba a las expectativas previstas en el mismo, ya que los gastos de adquisición y administración iniciales se imputan en la primera anualidad.

El artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que “[...] Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. [...]”.

En el contrato aportado al expediente se indicaba que “los recargos previstos, incluidos los de administración y adquisición serán, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula de flexibilización, para esta prima única, el 0,075%, por cada anualidad de seguro, del capital garantizado al vencimiento en caso de jubilación del asegurado en la fecha de vencimiento de la póliza, más el 2,00% de la prima.” La entidad, en aplicación de la citada cláusula, había procedido a aplicar la totalidad de los porcentajes citados sobre las cantidades correspondientes sin tener en cuenta el tiempo efectivo del año en que se había mantenido en su cartera el producto.

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se indicó que al no regularse en el contrato la fecha de devengo de los gastos, los mismos solo podrían ser detraídos de manera proporcional al tiempo que se hubiese mantenido la inversión en la entidad.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de enfermedad.

ASUNTO:
Denegación del pago de una prestación de incapacidad temporal derivada de una enfermedad psiquiátrica.

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

CONCLUSIÓN:
Las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados son válidas, si bien tienen que estar destacadas y expresamente aceptadas por los asegurados

3/2021. Denegación del pago de una prestación de incapacidad temporal en un seguro vinculado a un préstamo

El reclamante exponía su disconformidad por la negativa de la entidad a abonarle la prestación garantizada en su contrato para el caso de incapacidad temporal.

La compañía aseguradora alegaba que había cumplido con el contrato pues el mismo no incluía la cobertura de la incapacidad temporal ni absoluta, derivadas entre otras, de “enfermedades psiquiátricas, mentales o desórdenes nerviosos”.

El certificado individual de seguro, en el que no constaba la firma del reclamante, contenía la cláusula alegada por la aseguradora. Se trataba de un contrato vinculado a un préstamo, que era la operación principal. Había habido asimismo una operación de cesión de cartera de la entidad con la que inicialmente se había suscrito el seguro y se aportaban, por parte de la entidad, dos ejemplares de condiciones contractuales diferentes.

El artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que “[...] Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito. [...]”.

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se hacía referencia a que el Tribunal Supremo ha venido determinando qué características deben darse en las cláusulas incluidas en los contratos para que tengan la consideración de limitativas o delimitadoras del riesgo. En este sentido la STS 273/2016, de 22 de abril, bajo el epígrafe “expectativas razonables del asegurado”, señala: “Cuando legislativamente se estableció un régimen específico para que determinadas condiciones generales del contrato de seguro alcanzasen validez, se estaba pensando precisamente en las cláusulas que restringen la cobertura o la indemnización esperada por el asegurado. Estas cláusulas pueden ser válidas, pero para ello se requiere que el asegurado haya conocido las restricciones que introducen -es decir, que no le sorprendan- y que sean razonables, que no vacíen el contrato de contenido y que no frustren su fin económico y, por tanto, que no le priven de su causa”.

En aplicación de la doctrina que, de modo reiterado, ha venido estableciendo el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar el citado artículo 3, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula que excluye la cobertura las incapacidades producidas por “enfermedades psiquiátricas, mentales o desórdenes nerviosos”, al hacerlo sin concreción alguna, y tratarse de una referencia genérica a enfermedades que bien podrían estar cubiertas en un seguro de este tipo, determina que deba ser considerada como limitativa, requiriendo los requisitos de aceptación indicados en el mencionado artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, en tanto en cuanto restringe, condiciona o modifica el derecho de resarcimiento del asegurado y sus legítimas expectativas de cobertura, una vez afecto a una situación de incapacidad.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de accidentes.

ASUNTO:

Denegación del pago de una prestación de incapacidad permanente total por no considerar la entidad suficientemente acreditada esa situación, así como por haber transcurrido más de un año desde la fecha del accidente.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

Las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados son válidas, si bien tienen que estar destacadas y expresamente aceptadas por los asegurados

4/2021. Denegación del pago de una prestación de incapacidad permanente total

El reclamante mostraba su disconformidad con el rechazo por parte de su entidad aseguradora de la cobertura de una incapacidad permanente total para su trabajo derivada de un accidente.

La entidad alegaba, por una parte, que no había quedado suficientemente acreditado que el reclamante hubiese sufrido lesiones, como consecuencia de un accidente, que le inhabilitasen permanentemente para la realización de todas o las fundamentales tareas de la profesión declarada; por otra parte, indicaba que la resolución de incapacidad se había emitido más de un año después de la fecha del accidente, por lo que, según lo dispuesto en el contrato, no procedía el abono de ninguna prestación.

En el contrato aportado al expediente se regulaba que si el asegurado sufría “lesiones o pérdidas anatómicas o funcionales que le inhabiliten permanentemente, al menos, para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión declarada como consecuencia de accidente podrá solicitar esta prestación consistente en una indemnización única y total de 50.000 euros”.

Asimismo, se establecía “La cobertura del riesgo de esta prestación solo comprenderá las incapacidades que se produzcan dentro del plazo de un año a contar desde que ocurrió el accidente causante de las mismas, excluyéndose en consecuencia las que se produzcan después de dicho período”.

Examinada la documentación médica aportada al expediente, singularmente un Oficio del Ministerio de Defensa así como una Resolución del mismo Ministerio en la que se acordaba declarar al reclamante incapacitado permanente para su trabajo, el Servicio de Reclamaciones estimó acreditado que la incapacidad permanente del reclamante derivaba de las lesiones y patologías ocasionadas por el accidente declarado.

Respecto a la controversia en torno a la fecha de generación del siniestro de incapacidad permanente total por accidente y sobre su cobertura por la póliza, se señaló en el informe final que en la Sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo nº 736/2016, de 21 de diciembre, se unifican diferentes criterios establecidos por sentencias previas del propio tribunal en relación a la fecha en que se considera generado el siniestro de incapacidad derivada de accidente, estableciendo que se debe atender al momento en que se produce el accidente, siendo esta la fecha que sirve para fijar el régimen legal aplicable a todos los efectos, incluidos los intereses.

Atendiendo a lo anteriormente dispuesto, se estimó que la cláusula de la póliza por la que se excluye de cobertura la incapacidad, derivada de un accidente, que se reconozca con posterioridad al período de un año desde la fecha del accidente que la origina, restringe de manera sorpresiva los derechos de los asegurados a la indemnización una vez acaecido el siniestro, y, en consecuencia, puede tener la consideración de limitativa. Para su validez, por tanto, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 3 de la Ley de Contrato, debería haber sido aceptada específicamente por escrito por el asegurado, además de estar destacada en la póliza, requisitos que no se cumplían.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de accidentes (modalidad Seguro Obligatorio de Viajeros).

ASUNTO:

Solicitud de devolución de la prima abonada por el tomador de un contrato de seguro obligatorio de viajeros durante varios años.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que, dada la especial naturaleza del seguro obligatorio de viajeros, al no poder acreditar la entidad aseguradora la formalización del contrato y siempre que se hubiese producido un doble aseguramiento, la entidad debía devolver el importe de las primas cobradas.

CONCLUSIÓN:

Ante situaciones de doble aseguramiento, como el descrito, las entidades deben ofrecer una respuesta adecuada a sus clientes.

5/2021. Solicitud de devolución de la prima abonada por el tomador de un contrato de seguro obligatorio de viajeros

El reclamante, representante de la empresa de transportes tomadora de tres pólizas de seguro obligatorio de viajeros, solicitaba la devolución del importe de las primas que habían sido cobradas indebidamente por la aseguradora, en concepto de seguro obligatorio de viajeros, durante varios años.

La compañía alegaba que, de haber habido algún error, este debió ser puesto en conocimiento de la aseguradora por el corredor o el propio tomador. Invocaba la entidad el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro y la posible responsabilidad del mediador del contrato.

El artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro establece que “[...] Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda póliza del contrato de seguro”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, si bien resultaba de aplicación el citado artículo (aunque no se acreditaba por parte de la entidad la existencia de ninguna proposición de seguro), si los hechos reclamados dieron lugar a que los tres vehículos tuvieran un doble aseguramiento en un seguro como el obligatorio de viajeros, situación que no perseguiría ningún tomador en este tipo de seguro, y la entidad aseguradora no podía acreditar el cumplimiento del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, en cuanto que reconocía no disponer de las pólizas firmadas, parecería probado el error en la contratación.

Lo anterior por cuanto que, a pesar de tratarse de un seguro de accidentes, en el que no cabe hablar de sobre seguro, no parece razonable que, al tratarse de un seguro obligatorio, una empresa de transporte de viajeros quisiera tener el mismo riesgo contratado con dos entidades diferentes.

Por lo anteriormente expuesto, el Servicio de Reclamaciones concluyó que si el reclamante podía acreditar ese doble aseguramiento, tendría derecho al importe de las primas de las anualidades no prescritas a la fecha de presentación de la reclamación, es decir cinco años, por tratarse de un seguro de personas, de acuerdo con el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida con una garantía de decesos.

ASUNTO:

Solicitud del importe de la suma asegurada de la cobertura de decesos incluida en un seguro de vida.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

La redacción de las cláusulas del contrato debe ser clara y precisa en todo caso, pero especialmente en la indicación del importe que se garantiza como indemnización.

6/2021. Discrepancia en el importe de la suma asegurada en un seguro de vida con cobertura adicional de decesos

La reclamante exponía que su marido había suscrito un contrato de seguro con coberturas de fallecimiento, incapacidad permanente absoluta y decesos, y que al fallecer este, si bien la entidad aseguradora se hizo cargo de los gastos del sepelio y abonó la indemnización por fallecimiento, dedujo de este último importe, el importe asumido por el sepelio. La reclamante consideraba que cada garantía tenía su propia suma asegurada y debían abonársele las dos.

La entidad aseguradora alegaba que en la póliza estaba estipulado que el importe de la garantía de gestión del servicio fúnebre, que se configura como un anticipo del capital del seguro de vida, se descuenta del capital asegurado de fallecimiento por liquidar.

La póliza aportada al expediente recogía que estaba contratada tanto la garantía de fallecimiento, con un capital asegurado de 52.000 euros, como la de decesos, con un capital asegurado de 6.010,12 euros. Al estar así configurada la póliza y al tener, tanto el seguro de vida como el seguro de decesos, una entidad propia en el mercado y normativa española, es razonable pensar, al leer las garantías cubiertas, que se ha contratado un seguro multirriesgo que incluye un seguro de vida por fallecimiento, con una suma asegurada y un seguro de decesos, con su correspondiente suma asegurada, y que, por lo tanto, al producirse el fallecimiento del asegurado, ambas coberturas operarían por separado, al tratarse de dos garantías distintas, de modo que la entidad aseguradora abonaría una indemnización por fallecimiento por importe de 52.000 euros y, además, prestaría el servicio fúnebre del asegurado fallecido por un importe de hasta 6.010,12 euros, abonando el exceso entre la suma asegurada y el coste del siniestro si lo hubiera.

En otro apartado de la póliza, en las Condiciones Específicas, se indicaba sin embargo que, con cargo al capital asegurado por fallecimiento, en concepto de anticipo sobre el mismo, se abonaría el servicio fúnebre del asegurado.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el hecho de que en las garantías cubiertas se haga mención a la cobertura de decesos como si fuese una cobertura distinta a la de fallecimiento, indicando que tiene una suma asegurada que parece que es propia de la garantía de decesos, en lugar de precisar que se trata de una cobertura que, en caso de utilizarse, se considera un anticipo del capital de fallecimiento cuyo importe se deducirá de este último, suponía un incumplimiento de los requisitos de claridad y precisión de la póliza establecidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo III

TIPO SEGURO:
Seguro de decesos.

ASUNTO:
Denegación de la prestación de algunos de los servicios fúnebres contratados.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad aseguradora incurrió en un incumplimiento del contrato suscritito.

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.

7/2021. Denegación de la prestación de parte de los servicios incluidos en un seguro de decesos

El reclamante se quejaba de que la entidad aseguradora de la póliza de decesos de su madre no se había hecho cargo, con ocasión del fallecimiento de esta, ni del traslado a la localidad donde deseaba ser inhumada, ni de determinados gastos como los de tanatorio y cementerio.

La entidad aseguradora alegaba que la póliza garantizaba un servicio fúnebre en la localidad que constaba como domicilio del asegurado en el contrato, y que dicho servicio fúnebre fue ofrecido a los familiares, quienes, de forma unilateral, decidieron el traslado a otra localidad, circunstancia que no estaba contemplada en la póliza. Alegaba también que la garantía de traslado opera cuando el asegurado fallece fuera de su lugar de domicilio, cosa que no sucedía en el supuesto reclamado, por lo que dicha garantía no operaría en este caso. Como el importe de los gastos satisfechos había sido superior a la suma asegurada establecida en la póliza, rechazaba abonar ninguna cantidad adicional.

En el contrato aportado al expediente se regulaba que se “garantiza el traslado del cadáver de aquellos asegurados [...] que fallezcan en cualquier lugar del territorio español o de país extranjero, para su inhumación en el cementerio que corresponda el domicilio de su Póliza y que será el de su residencia habitual, o bien al que libremente designen los causahabientes del asegurado fallecido. A estos efectos, y para tener derecho a esta prestación de libre designación, será condición indispensable que el valor del servicio contratado esté actualizado en el momento en que se produzca el fallecimiento”.

Por su parte, la cláusula relativa a las normas generales aplicables a la garantía de traslado-asistencia disponía que el traslado del cadáver del asegurado fallecido, tanto si es dentro del territorio nacional o fuera de él, incluía el servicio de enterramiento contratado en la póliza.

De acuerdo con el literal de estas cláusulas, el único requisito para que opere esta cobertura es que el valor del servicio contratado esté actualizado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado pero no parece exigible que el fallecimiento del asegurado se tenga que haber producido mientras se encuentra desplazado fuera de su domicilio habitual, ya que la cláusula se refiere al fallecimiento del asegurado en cualquier lugar y su posterior traslado a su lugar de residencia o al lugar que libremente designen sus causahabientes.

Por lo tanto, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, siempre que el valor del servicio contratado estuviese actualizado, la entidad debería haber cubierto el traslado de la asegurada fallecida a la localidad designada por sus causahabientes y allí haber prestado el servicio de decesos contratado en la póliza.

Capítulo III

TIPO SEGURO: Seguro de caución.

ASUNTO:

Desatención reiterada en la tramitación de un siniestro en un seguro de caución a favor de un ayuntamiento, tras varias solicitudes de cobertura por parte del asegurado.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 68 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

El asegurador debe observar desde el momento en que conozca, por cualquier medio, la existencia de un siniestro una conducta diligente en la tramitación de mismo.

8/2021. Desatención reiterada en la tramitación de un siniestro en un seguro de caución a favor de Administraciones Públicas

El reclamante, un ayuntamiento asegurado en un contrato de seguro de caución, se quejaba de no haber obtenido respuesta de su entidad aseguradora tras la comunicación de un siniestro. El contrato se había suscrito en concepto de garantía definitiva conforme a la normativa de contratos del Sector Público y, ante el incumplimiento de las obligaciones contractuales del tomador de la póliza, el ayuntamiento asegurado había intentado, en numerosas ocasiones, que el asegurador le abonase la indemnización pactada.

La entidad reclamada alegaba, en una primera contestación, que nunca había recibido la comunicación del siniestro y que cuando se le comunicase lo analizaría. En una segunda comunicación, la aseguradora alegó que entendía como “no comunicada cualquier solicitud que vulnere las normativas europeas vigentes”.

El artículo 68 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece “Por el seguro de caución el asegurador se obliga, en caso de incumplimiento por el tomador del seguro de sus obligaciones legales o contractuales, a indemnizar al asegurado a título de resarcimiento o penalidad los daños patrimoniales sufridos dentro de los límites establecidos en la Ley o en el contrato. Todo pago hecho por el asegurador deberá serle reembolsado por el tomador del seguro.”

Había quedado acreditado en el expediente que el asegurado había intentado en varias ocasiones comunicar el siniestro al amparo de la póliza suscrita. El propio expediente abierto en el Servicio de Reclamaciones acreditaba el conocimiento de los hechos por parte de la aseguradora. Por ello la entidad no podía alegar desconocimiento ni podía invocar una supuesta legislación europea para negar su conocimiento de los hechos.

En el contrato aportado al expediente, el asegurador asumía el compromiso de indemnizar al asegurado al primer requerimiento, obligación que se había negado a atender, incumpliendo con ello el artículo citado en los párrafos precedentes. Se indicó asimismo en el informe final que debía abonarse, junto con la indemnización, el importe correspondiente a los intereses de demora.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Cobertura de responsabilidad civil incluida en un seguro de edificios de viviendas.

ASUNTO:

Denegación de un siniestro de responsabilidad civil alegando que el origen del mismo, la borrasca Filomena, fue un fenómeno anormal, imprevisible y extraordinario

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro

CONCLUSIÓN:

Las entidades no pueden denegar la cobertura de siniestros de responsabilidad civil, amparándose en supuestos de fuerza mayor, cuando no quede acreditado que, por parte del asegurado, se efectuaron las actuaciones necesarias para impedir la producción de los daños.

9/2021. Denegación de la cobertura de responsabilidad civil en un seguro de edificios de viviendas

El reclamante indicaba en su reclamación que la entidad aseguradora de la comunidad de propietarios le había denegado la cobertura de responsabilidad civil derivada de la caída de la nieve depositada en el tejado comunitario y que había causado daños en el mobiliario de su terraza.

La entidad alegaba en su defensa el artículo 1105 del Código Civil que establece que “Fuera de los casos expresamente mencionados en la ley, y de los en que así lo declare la obligación, nadie responderá de aquellos sucesos que no hubieran podido preverse o, que, previstos, fueran inevitables”. En este sentido, mantenía que la nieve caída había sido de una intensidad imprevisible, se trataba de la borrasca Filomena, y por tanto, sus efectos inevitables. Consideraba que se trataba de un caso de fuerza mayor, y al no existir una acción culpable o negligente por parte de la comunidad de propietarios no procedía realizar ningún pago.

Las condiciones generales del contrato, en el apartado correspondiente a la cobertura de responsabilidad civil, establecían que: “[...] Estarán cubiertos los daños corporales o materiales causados a terceros, así como los perjuicios que para ellos se deriven de tales daños siempre que sean imputables al Asegurado a consecuencia de:

- Daños causados por los elementos e instalaciones del Edificio asegurado, de los que deba responder el Asegurado en su condición de propietario del inmueble. [...]”

El artículo 73 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que “Por el seguro de responsabilidad civil el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado, conforme a derecho. [...]”

En virtud de la documentación aportada al expediente, el Servicio de Reclamaciones consideró que, con independencia de la importancia del fenómeno meteorológico del que derivasen los daños producidos, lo que debía analizarse era la cobertura de responsabilidad civil de la comunidad de propietarios. En este caso, los daños sufridos derivaban de la caída de la nieve acumulada en el tejado comunitario, y, al no resultar acreditada la existencia de ninguna actuación por parte de la comunidad para retirar dicha nieve, debía indemnizarse al propietario que había resultado perjudicado.

En virtud del citado artículo, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, con su actuación, la entidad había vulnerado lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro, y a lo establecido en el propio contrato.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Cobertura de defensa jurídica incluida en un seguro de hogar.

ASUNTO:

Denegación de un siniestro derivado del impago de alquiler por el arrendatario del asegurado en un contrato en el que se cita de manera genérica, como incluida, la cobertura de los conflictos derivados del contrato de alquiler.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

La entrega de la totalidad de las condiciones que integran el contrato es una de las obligaciones principales de las entidades con sus clientes.

10/2021. Condiciones generales de un seguro de hogar con remisión a la página web de la entidad aseguradora para la regulación de determinadas coberturas

El reclamante mostraba su disconformidad con la denegación de un siniestro derivado del impago de alquiler por parte de su arrendatario.

La entidad aseguradora alegaba que la póliza no cubría las reclamaciones de impagos de alquileres al no haberse contratado dicha garantía. Asimismo, manifestaba que para ver la póliza en su totalidad había que ir a su página web donde se encontraba la descripción completa de las prestaciones.

En la póliza aportada al expediente se indicaba, de manera genérica, la cobertura de “los conflictos derivados del contrato de alquiler”. Asimismo, se indicaba en hoja aparte que “para obtener más información sobre qué se garantiza, qué se necesita, cómo se materializan estas prestaciones y todos los detalles, entra en la página web donde encontrarás esta y otra información muy interesante.”

Por su parte, la entidad facilitaba la información que se podía descargar de la página web, donde se establecía, entre las garantías de la póliza, “La cobertura de aquellos conflictos derivados del contrato de alquiler, cuando el asegurado fuese inquilino de la vivienda, excepto si era demandado por falta de pago del alquiler.”

El artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que “Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa [...]”

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que al no entregarse al tomador el contenido íntegro de las condiciones generales en el momento de la contratación, remitiéndole a una dirección electrónica, se había vulnerado lo dispuesto en el citado artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Se considera asimismo vulnerado el citado artículo en cuanto a que la cláusula que se refiere en la póliza a que se cubren “los conflictos derivados del contrato de alquiler” para luego, en la página web, indicar que la cobertura se limita a los casos en los que el asegurado sea inquilino de la vivienda, excepto si resulta demandado por falta de pago del alquiler, tendría la consideración de cláusula limitativa por sorpresiva; la cláusula nunca podría cumplir el requisito de aceptación exigido en el artículo citado al no constar la cláusula en el contrato que se entrega al tomador en el momento de la contratación.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Cobertura de responsabilidad civil incluida en un seguro multirriesgo industrial.

ASUNTO:

Denegación de un siniestro derivado de la actividad empresarial de la sociedad asegurada.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

Una vez descrito el riesgo a asegurar en una póliza, las exclusiones contempladas en la misma no pueden vaciar de contenido la cobertura del riesgo descrito como asegurable.

11/2021. Delimitación de la cobertura de responsabilidad civil de explotación en un seguro multirriesgo industrial

El reclamante indicaba en su escrito de reclamación que tenía en vigor una póliza que cubría, entre otras garantías, la responsabilidad civil derivada de la actividad de su empresa, un túnel de lavado de vehículos turismos, y que su entidad aseguradora le había denegado un siniestro consistente en los daños causados a un cliente por un problema en la presión del agua. El reclamante no entendía cómo, habiendo suscrito un seguro para la cobertura de eventos dañosos accidentales e involuntarios en la realización de su actividad, le era denegado el siniestro.

La entidad aseguradora alegaba que el siniestro acaecido estaba expresamente excluido de cobertura en base a las exclusiones recogidas en la póliza.

En la póliza aportada al expediente constaba como actividad asegurada “Centro de lavado de vehículos turismos excluido gasolinera”. Asimismo, dentro de las coberturas garantizadas, se encontraba la de responsabilidad civil. Y, dentro de esta, se contemplaba el riesgo de explotación en la que se establecía que la cobertura del seguro se extendía a amparar la responsabilidad civil derivada de “los actos u omisiones propios, o de sus empleados o de las personas por las que deba responder, realizados durante el desarrollo de la actividad asegurada en el establecimiento o explotación descrito en la póliza.”

La cláusula alegada por la entidad para la exclusión del siniestro era la siguiente: “los daños y/o pérdidas al asegurado o las cosas que se hallen en su poder o de las personas por las que deba responder cualquiera que fuera el motivo o sobre las cuales desarrolle algún tipo de actividad o trabajo, o se encuentren bajo su posesión o ámbito de control.”

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la citada exclusión dejaba prácticamente vacía de cobertura la garantía principal de responsabilidad civil de la explotación industrial asegurada. Se recalca en el informe que si bien, mediante las exclusiones puede delimitarse el riesgo cubierto, lo que no puede hacerse es dejar prácticamente sin cobertura el riesgo que se pretende cubrir.

Por ese motivo, el Servicio de Reclamaciones consideró incumplido lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y de Contrato de Seguro que regula el seguro objeto de la reclamación.

Capítulo III

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de automóvil.

ASUNTO:

Asesoramiento realizado por parte de la correduría en la contratación de un nuevo seguro.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que se había incumplido el artículo 155.2 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

CONCLUSIÓN:

Los corredores de seguros deben prestar a sus clientes un asesoramiento adecuado en relación a los contratos en los que participan como distribuidores.

12/2021. Asesoramiento en el cambio de entidad aseguradora en un seguro obligatorio del automóvil

El reclamante indicaba en su reclamación que, asesorado por la correduría reclamada, había cambiado de aseguradora en su seguro de automóvil al serle ofrecidas unas condiciones económicas más ventajosas, y que la correduría se había hecho cargo de las gestiones para no prorrogar el seguro vigente en la fecha del cambio. Se quejaba de que había acabado pagando las primas de los dos contratos porque la correduría no había realizado correctamente la tramitación de la baja del seguro inicial.

La correduría alegaba, respecto al contrato inicial, que había informado al reclamante de que la comunicación de la oposición a la prórroga del seguro, no intermediado por ella, se había enviado sin cumplir el plazo de preaviso previsto en la normativa de contrato de seguro; respecto al nuevo contrato, manifestaba que había solicitado la anulación de la póliza contratada con su intermediación denegándose la petición por la entidad aseguradora porque se había comunicado un siniestro.

El artículo 155 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, establece para los corredores y corredurías de seguros que “[...] 2. Los corredores de seguros deberán informar a quien trate de concertar el seguro sobre las condiciones del contrato que a su juicio conviene suscribir y ofrecer la cobertura que, de acuerdo a su criterio profesional, mejor se adapte a las necesidades de aquel; asimismo, velarán por la concurrencia de los requisitos que ha de reunir la póliza de seguro para su eficacia y plenitud de efectos. [...]”

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que la correduría no había acreditado que hubiese prestado el debido asesoramiento para que no se produjese la situación descrita por el reclamante. Además, en las alegaciones efectuadas por la entidad, esta ni siquiera hacía mención a que hubiese informado a su cliente del derecho que le asistía a recuperar el exceso de prima cobrada por aplicación de los artículos 31 y 32 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Por lo anterior se consideró que la correduría había incumplido el citado artículo 155.

Capítulo III

3. Planes de pensiones

TIPO CONTRATO:

Plan de pensiones.

ASUNTO:

Penalización aplicada por incumplimiento del plazo de permanencia en un plan de pensiones.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad resultaba contraria a lo pactado en la campaña promocional.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben cumplir con lo regulado en las campañas de bonificación ofrecidas a los partícipes de planes de pensiones.

15/2020. Penalización aplicada por incumplimiento del plazo de permanencia

El reclamante exponía que la entidad reclamada había realizado un cargo extemporáneo en su cuenta bancaria por el traspaso de un plan de pensiones ya liquidado y penalizado hacía más de un año, y solicitaba que se rectificase el cálculo por penalización devolviendo la cantidad detraída en exceso.

La entidad alegaba que su actuación había sido correcta ajustándose a lo acordado en las campañas promocionales a las que se había adherido el partícipe, que había incumplido el periodo de permanencia previsto en las mismas.

En la campaña de bonificación se disponía, respecto al incumplimiento por parte del partícipe del compromiso de permanencia, que “En caso de que el Participante incumpla el Compromiso de Permanencia, se le cargará, en concepto de penalización un importe proporcional al plazo incumplido y calculado sobre el importe total de la Bonificación recibida de manera que el importe de la penalización se calculará multiplicando el Importe de la Bonificación Promocional (bonificación en efectivo y cuando corresponda “bonificación adicional”) percibida por el número de días que falten hasta alcanzar el periodo de permanencia exigido, contados desde el día de abono de la Bonificación promocional y dividiéndolo entre el número de días totales del periodo de permanencia.[...]”

6. Compromiso de Permanencia: A cambio de recibir la Bonificación promocional recogida en las presentes Condiciones el Participante en función de la Bonificación promocional obtenida, se compromete a no efectuar movilizaciones de salida ni a percibir sus derechos consolidados que tuviese a la fecha de adhesión a la presente promoción en cualquiera de los Planes de Pensiones [...] así como los importes tenidos en cuenta para la obtención de la Bonificación promocional, durante el periodo de permanencia exigido”

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que para mantener la bonificación se obligaba al partícipe a no movilizar ni rescatar sus derechos desde el momento de la adhesión a la campaña promocional y sin embargo, tal y como reconocía la entidad, el inicio del cómputo tenido en cuenta por esta era la fecha de abono de la bonificación, lo que implicaba que el vencimiento del compromiso adquirido se alargase. En el caso objeto de la reclamación, a pesar de que la fecha de adhesión había sido el 12 de diciembre de 2016, al producirse el abono de la bonificación el 1 de abril de 2017, el vencimiento del compromiso adquirido pasaba de ser, del 12 de diciembre de 2021, al 31 de marzo de 2022.

Al ampliar la entidad el periodo obligatorio de permanencia, con la fórmula de cálculo indicada, se estaban penalizando también aquellos derechos posteriores a la adhesión a la campaña y que no habían sido bonificados. Lo descrito anteriormente, de acuerdo con el criterio emitido por el Servicio de Reclamaciones, supondría el incumplimiento por parte de la entidad de las condiciones de su campaña promocional.



Capítulo IV

Información pública

Capítulo IV

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

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

Información de la página web

En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones <http://www.dgsfp.mineco.es/> 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 la web se encuentra publicada la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

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

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

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

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

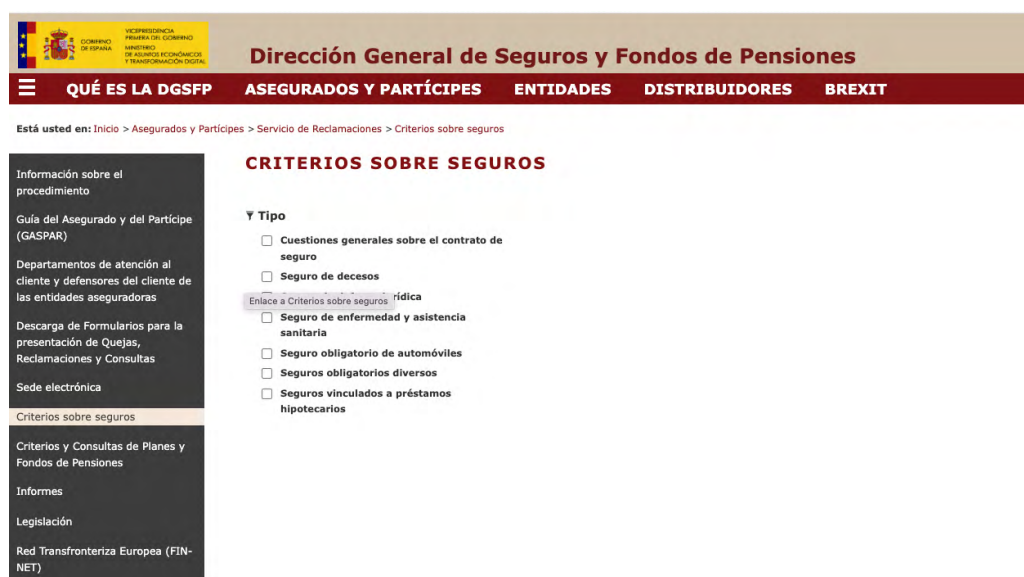
Se incluyen igualmente algunos de los **criterios del Servicio de Reclamaciones** utilizados en la emisión de sus informes y que están relacionados con las materias más habituales de consulta, queja o reclamación.

Capítulo IV

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

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

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



Capítulo IV

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

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

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

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

Con la finalidad de proporcionar la máxima información a los ciudadanos sobre las formas de hacer valer sus derechos cuando el proveedor del servicio no se encuentra sometido al control del supervisor español, el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones está adherida a esta red. En la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el apartado "Servicio de Reclamaciones" se proporciona el enlace a la misma

Capítulo IV

The screenshot shows the top navigation bar of the European Commission website with tabs for 'Commission and its priorities' and 'Policies, information and services'. Below this is a search bar with the text 'English EN' and a 'Search' button. The main content area has a blue header with the title 'Financial dispute resolution network: FIN-NET'. Below the header, there are two columns of text. The left column is titled 'Make a complaint about a financial service provider in another EEA country' and contains the text 'FIN-NET helps customers resolve cross border disputes out of court'. The right column is titled 'The FIN-NET network' and contains the text 'About FIN-NET' and 'Members of FIN-NET by country'. At the bottom of the page, there is a footer with links to 'Report a problem or give feedback on this page', 'European Commission', 'Follow the European Commission', 'European Union', and various other links like 'Commission and its priorities', 'Policies, information and services', 'Facebook', 'Twitter', 'EU Institutions', 'European Union', 'About the Commission's new web presence', 'Resources for partners', 'Cookies', 'Legal notice', and 'Contact'.

Commission and its priorities Policies, information and services

English EN Search

European Commission > Business, Economy, Euro > Banking and finance > Consumer finance and payments > Consumer financial services >

Financial dispute resolution network: FIN-NET

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

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

The FIN-NET network

About FIN-NET
Members of FIN-NET by country

Report a problem or give feedback on this page

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

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

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

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

Implantación de procedimientos telemáticos

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ha generalizado la tramitación telemática en los procedimientos administrativos. 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/>

Capítulo IV

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 “Ciudadanos”: <https://www.sededsfp.gob.es/es/Paginas/inicio.aspx>

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.



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

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

Capítulo IV

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

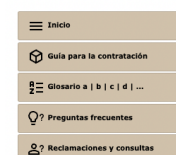


Guía del asegurado y del partícipe

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.

Está usted en: Inicio > GASPAR



GASPAR - GUÍA DEL ASEGURADO Y DEL PARTÍCIPE

La contratación de seguros y planes de pensiones resulta cada vez más habitual como medio de gestionar riesgos o como forma de ahorro. La técnica aseguradora e incluso la terminología utilizada en los contratos de seguro y en los planes de pensiones no es sencilla, lo que lleva a que en ocasiones el contenido del contrato no sea de comprensión fácil e inmediata para los asegurados.

La DGSPF asume como tarea propia contribuir al esfuerzo de acercar los seguros y planes de pensiones a los ciudadanos a través de esta Guía para los Asegurados y Partícipes, referida en lo sucesivo a través de su acrónimo GASPAR. Esta herramienta justifica su existencia en la voluntad de dar unas pautas básicas a las personas que tengan interés en suscribir seguros o planes de pensiones. Este objetivo condiciona el alcance y profundidad de las orientaciones, que en otras circunstancias merecerían ser más exhaustivas.

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

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

La dinámica de este sector hace difícil abarcar todos los productos ofrecidos en el mercado. Por ello, las explicaciones incluidas en la guía tienen un enfoque general 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, limita su extensión a la relación entre el cliente (tomador de seguro o partícipe de planes de pensiones) y la entidad 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 informarse previamente con las entidades y los mediadores que ofrecen productos de seguro y planes de pensiones para conocer todas sus características y riesgos. Sobre esta base previa e imprescindible GASPAR se ubica como elemento complementario, nunca sustitutivo.

Asimismo, para un mejor conocimiento de las cuestiones prácticas que afectan a los ciudadanos en relación con el conjunto de los servicios financieros se aconseja consultar el sitio web del Plan de Educación Financiera (www.finanzasparatodos.es). El Plan de Educación Financiera es una iniciativa del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) y el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, que tiene como objetivo mejorar la cultura financiera de los ciudadanos, dotándoles de los conocimientos básicos y las herramientas necesarias para que manejen sus finanzas de forma responsable e informada.

Capítulo IV

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 ha prorrogado en tres ocasiones. Se ha firmado un nuevo convenio para el periodo 2022-2025 al que el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital se ha adherido como promotor del mismo.

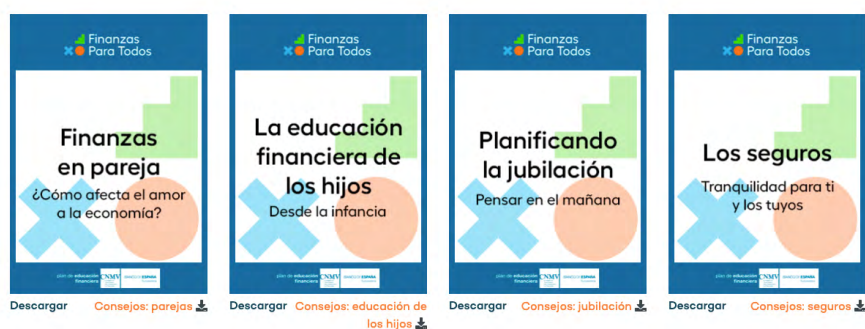
Con base en la experiencia adquirida a lo largo de las sucesivas etapas del Plan de Educación Financiera, así como a la derivada de los organismos promotores del Plan en el desarrollo de su actividad supervisora, la estrategia nacional para los próximos años está dando prioridad a una serie de actuaciones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

- Potenciar la Gobernanza y la relevancia social del Plan de Educación Financiera.
- Desarrollo de la red de colaboradores.
- Promoción de la Educación Financiera dirigida a los escolares y a colectivos universitarios.
- Desarrollo de iniciativas formativas específicas para las necesidades de la población vulnerable.
- Desarrollo de iniciativas formativas e informativas dirigidas a los nuevos usuarios de servicios financieros por medios digitales, y enfocadas principalmente a prevenir fraudes financieros.
- Marco de competencias financieras de la Comisión Europea.
- Contribución a los objetivos globales de la Agenda 2030 y las Finanzas Sostenibles.
- Impulso de la marca Finanzas Para Todos y estrategia de comunicación.
- Conocimiento del público y de sus necesidades de Educación Financiera.
- Evaluación del impacto y efectividad del Plan de Educación Financiera en sus años de desarrollo.

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.

Capítulo IV

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**, un apartado bajo el epígrafe “aprende”, en el que se incluyen propuestas de actividades que pueden servir como complemento o alternativa a los profesores y estudiantes.



Capítulo IV

Cabe destacar también que en el curso 2020-2021 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Asimismo, el día 4 de octubre de 2021 se celebró la séptima edición del Día de la Educación Financiera, con la finalidad de concienciar a la población de la importancia de tener una adecuada cultura financiera. Se organizaron actividades a lo largo de toda la geografía nacional. En esta edición el lema fue “Tus finanzas, también sostenibles”.

Tuvo lugar también en 2021, y dentro de las actividades del Plan de Educación Financiera, la VI edición de los Premios Finanzas para Todos. Estos premios reconocen aquellas iniciativas de educación financiera desarrolladas en España, que suponen una contribución significativa a la mejora de los conocimientos financieros de los ciudadanos, enseñen a tomar decisiones financieras informadas y desarrollen hábitos y competencias relacionados con el ahorro y la planificación del gasto.

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

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

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

Guías de buenas prácticas en materia de conducta de mercado

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



Capítulo V

Criterios del Servicio de Reclamaciones

Capítulo V

1. Seguros

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.

1.1. Seguros de vida

1.1.1. Seguros colectivos

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

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

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

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

1.1.2. Otras actuaciones

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

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

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

Capítulo V

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

Capítulo V

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.

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V

- Denegación por parte de la aseguradora de la realización de pagos adicionales de primas en los seguros de vida ahorro sin que se regule en el contrato tal derecho de manera concreta.

En estas reclamaciones se indica que, ante la falta de concreción, el tomador puede realizar las citadas aportaciones.

- Aplicación, a efectos de tarificación, de la Resolución de 17 de diciembre de 2020, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, relativa a las tablas de mortalidad y supervivencia a utilizar por las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y por la que se aprueba la guía técnica relativa a los criterios de supervisión en relación con las tablas biométricas, y sobre determinadas recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales.

En alguna consulta se ha solicitado información acerca de si las nuevas tablas resultan de aplicación a contratos de vida riesgo renovables, suscritos con anterioridad a la citada Resolución. En estas consultas se informa de que, con motivo de las renovaciones, las entidades deben emplear las nuevas tablas.

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.

En el artículo 17 de la Ley 5/2019, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario, se establece, para el caso de ventas vinculadas, que el prestamista tiene que aceptar pólizas alternativas de todas aquellas aseguradoras que ofrezcan unas condiciones y un nivel de prestaciones equivalentes a la que aquel hubiera propuesto, tanto en la suscripción inicial como en cada una de las renovaciones.

El criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que un contrato anual renovable ofrece unas condiciones y un nivel de prestaciones equivalente a uno a prima única con las mismas coberturas por cuanto el prestatario se obliga a mantener el aseguramiento, en el primer caso a través de las sucesivas renovaciones, durante el periodo pactado con el prestamista en el mismo horizonte temporal en ambas modalidades

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

Capítulo V

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 (la Ley 5/2019, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario, contempla este derecho), sin indicación de la tabla de valores a lo largo de la vida del préstamo, ni su fórmula de cálculo.

En la práctica, algunas 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.

Capítulo V

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.

Capítulo V

En estos expedientes se indica que las aseguradoras de los vehículos culpables deberían proporcionar un vehículo de sustitución de similares características al siniestrado, o reembolsar el coste del alquiler de un vehículo o de los medios de transporte utilizados por el perjudicado, hasta el abono de la indemnización, siempre que el perjudicado acredite la necesidad de contar con un vehículo durante el tiempo que reste hasta el pago total de la indemnización.

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

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

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

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

Capítulo V

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

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

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

Capítulo V

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

- Existencia de cláusulas limitativas en las condiciones generales y una referencia en condiciones particulares a su aceptación.

En estos casos se indica en los informes que, de la doctrina jurisprudencial (STS nº 140/2020) se desprende que si las condiciones particulares se remiten a las cláusulas limitativas que aparecen en las condiciones generales que se entregan al tomador/asegurado, este deberá firmar también estas condiciones generales. Este criterio es extensible a todo tipo de seguros, no solo a los de hogar.

1.5. Seguros de asistencia sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V

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.

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

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

1.6. Contratos de asistencia en viaje

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

Capítulo V

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 lo 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.

- Supuestos en lo que las entidades deniegan la asistencia sanitaria durante el viaje o deniegan la cobertura de anulación, por derivarse ambas de una enfermedad preexistente y no existir cuestionario de salud.

En estos informes se indica que, al no haber sometido al asegurado a cuestionario, este queda exonerado del deber de declarar el riesgo, recayendo las consecuencias sobre el asegurador, que debe cubrir tales siniestros.

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.

- Cláusulas que indican que en caso de alteración del estado de salud como consecuencia de patologías derivadas de embarazo o del parto, el capital asegurado máximo por todo el proceso de

Capítulo V

gestación, parto y postparto, así como cualquier posible complicación o consecuencia de dichos procesos, es menor que para otras situaciones de incapacidad temporal cubiertas por la póliza.

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

1.8. Seguro de defensa jurídica

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

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

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

En siniestros derivados de accidentes de tráfico, en aquellos supuestos en los que la entidad aseguradora no informa, ante la disconformidad del asegurado, acerca del derecho a libre elección de profesionales para reclamar al contrario, dentro de los límites y condiciones contemplados en la póliza, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar 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.
- Aplicación de la cláusula que indica que los gastos de reclamación de daños son de cuantía ilimitada, si se realiza a través de los abogados de la entidad, y con un límite tasado, para los casos de libre elección de letrado.

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

Capítulo V

1.9. Contratos de seguro con cobertura de pérdida de beneficios por interrupción de la actividad asegurada

- Reclamaciones derivadas de los cierres de negocio por la declaración del estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

La cobertura de pérdida de beneficios por interrupción o cese de una actividad comercial, industrial, empresarial, etc., suele estar condicionada a que se produzca algún siniestro de daños materiales que cause esa situación. En ocasiones se extiende a otros supuestos, como la imposibilidad de acceso al local asegurado a consecuencia de obras en la vía pública o debido a una prohibición de las autoridades competentes como consecuencia de un incendio, u otro evento detallado en la póliza, ocurridos en locales cercanos al riesgo asegurado, etc.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, en aquellos contratos en los que la cobertura se circunscribe, de manera clara y precisa, a situaciones como las citadas, es considerar que la interrupción, total o parcial, de la actividad derivada de la declaración del estado de alarma no quedaría cubierta, pues solo se genera el derecho a la indemnización cuando se dan las circunstancias previstas en el contrato, entre las que no estaría la situación concreta objeto de las reclamaciones tramitadas.

Respecto a la naturaleza jurídica, limitativa o delimitadora, de las cláusulas que regulan este tipo de coberturas, en la medida que concreten el objeto del contrato y fijen los riesgos que, en caso de producirse, hagan surgir el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro, tendrían la consideración de delimitadoras del riesgo. Si bien, como expresa la STS 715/2013, de 25 de noviembre, en la práctica, no siempre han sido pacíficos los perfiles que presentan las cláusulas delimitadoras del riesgo y las limitativas de los derechos del asegurado.

Así pues, y en aplicación de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en la medida que las cláusulas que regulen la garantía individualicen el riesgo, establezcan su base objetiva y concreten la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual, tendrían la consideración de delimitadoras, y, es por ello, que para su aplicación no se requeriría la aceptación expresa del tomador ni el requisito de estar destacadas.

1.10. 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.

Capítulo V

- 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.

1.11. Otras actuaciones

- Reclamaciones en las que se solicita la devolución de la prima no consumida cuando ha desaparecido, durante la vigencia del contrato, el objeto asegurado en los seguros de daños, o fallece el asegurado en los seguros de personas.

En estos casos el criterio es considerar que el hecho de que las entidades devuelvan el importe de la prima ya pagada y no consumida en el caso de desaparición del objeto asegurado en los seguros de daños, o de fallecimiento del asegurado en los seguros de personas, salvo cuando hubiesen sido indemnizados la pérdida total o el fallecimiento, tiene la consideración de actuación acorde con las buenas prácticas razonablemente exigibles para la gestión responsable, diligente y respetuosa con la clientela.

La misma consideración tendría la práctica de no exigir el pago de las fracciones de prima posteriores a la desaparición del objeto asegurado en los seguros de daños, o al fallecimiento del asegurado en los seguros de personas, en aquellos contratos en los que se ha pactado el

Capítulo V

fraccionamiento del pago de la prima, haya habido o no una indemnización por tales supuestos (desaparición del objeto o fallecimiento del asegurado).

- 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 declaren 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.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

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

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



Anexo I

Cuadros estadísticos.

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

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

Cuadro A.1.I
Expedientes presentados en 2021 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
	Almería	98	5,95
	Cádiz	260	15,79
	Córdoba	124	7,53
	Granada	185	11,23
	Huelva	94	5,71
	Jaén	143	8,68
	Málaga	346	21,01
	Sevilla	397	24,10
Andalucía		1.647	14,40
	Huesca	40	15,09
	Teruel	29	10,94
	Zaragoza	196	73,96
Aragón		265	2,32
	Asturias	246	100
Asturias		246	2,20
	Illes Balears	240	100
Baleares		240	2,10
	Palmas (Las)	189	42,53
	Santa Cruz de Tenerife	250	57,47
Canarias		435	3,80

Anexo I

Territorio		Número	%
	Cantabria	170	100
Cantabria		170	1,49
	Albacete	86	13,31
	Ciudad Real	175	27,09
	Cuenca	46	7,12
	Guadalajara	106	16,41
	Toledo	233	36,07
Castilla-La Mancha		646	5,65
	Ávila	42	5,95
	Burgos	161	22,80
	León	139	19,69
	Palencia	36	5,10
	Salamanca	79	11,19
	Segovia	24	3,40
	Soria	20	2,83
	Valladolid	180	25,50
	Zamora	25	3,54
Castilla y León		706	6,17
	Barcelona	1.007	83,64
	Girona	53	4,40
	Lleida	48	3,99
	Tarragona	96	7,97
Cataluña		1.204	10,53
	Ceuta	11	100
Ceuta		11	0,10
	Alicante	418	38,24
	Castellón	87	7,96
	Valencia	588	53,80
Comunidad Valenciana		1.093	9,56
	Badajoz	142	62,01
	Cáceres	87	37,99
Extremadura		229	2

Anexo I

Territorio		Número	%
	Coruña, A	458	52,76
	Lugo	55	6,34
	Ourense	57	6,57
	Pontevedra	298	34,33
Galicia		868	7,59
	Madrid	2.712	100
Madrid		2.712	23,72
	Melilla	3	100
Melilla		3	0,03
	Murcia	293	100
Murcia		293	2,56
	Navarra	91	100
Navarra		91	0,80
	Álava	93	21,78
	Guipúzcoa	79	18,50
	Vizcaya	255	59,72
País Vasco		427	3,73
	Rioja (La)	91	100
Rioja (La)		91	0,80
Total territorio español		11.377	98,77
Total presentados fuera del territorio español		58	1,23
Total		11.435	100

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

Anexo I

Cuadro A.1.II
Expedientes de reclamaciones de seguros presentados en 2021
según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	6.127	82,98
Mutua	487	6,60
Entidad Extranjera (Sucursal)	382	5,17
Entidad Extranjera (L.P.S.)	303	4,10
Mutualidad de Previsión Social	60	0,81
Otras Formas Jurídicas	20	0,27
Agrupaciones	5	0,07
TOTAL	7.384	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2020).

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

AÑO 2004

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

Anexo I

AÑO 2005

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

AÑO 2006

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

Anexo I

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

AÑO 2007

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

Anexo I

9. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
10. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.
11. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.
12. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.
13. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.
14. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.

Planes de pensiones

15. Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar.
16. Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.

Mediación

17. Denegación del siniestro por un corredor.
18. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.

Comercialización por entidades de crédito

19. Falta de información relativa al producto contratado.
20. Comercialización de un seguro de protección de pago y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario.
21. Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado.
22. No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones.
23. Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.

AÑO 2008

Seguros

Seguros de daños

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

Anexo I

Seguros de personas
7. Denegación del pago de la prestación de incapacidad transitoria por enfermedad preexistente.
8. Rechazo de aportaciones adicionales previstas en el contrato.
9. Estimaciones de la participación en beneficios.
10. Reasignaciones de los fondos en un seguro unit link.
11. Falta de definición del valor de rescate en la póliza.
12. Denegación de la cobertura por enfermedad preexistente no diagnosticada.
13. Rechazo de pruebas diagnósticas en una póliza de enfermedad.
14. Incremento anual de prima en una póliza de enfermedad por inclusión de nuevas coberturas.
15. Rechazo del tratamiento prescrito por tratarse de una nueva técnica no prevista en el contrato.
16. Incrementos de primas en un seguro de decesos.
17. Falta de adecuación a la Ley Orgánica para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
Planes de pensiones
18. Contratación de un plan de pensiones sin autorización del partícipe.
19. Incumplimiento de plazos en el pago de la prestación de un plan de pensiones.
20. Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por enfermedad preexistente.
Mediación
21. Asistencia y asesoramiento inadecuado en la tramitación de un siniestro.
Comercialización por entidades de crédito
22. Comercialización de seguros de alto riesgo a personas con un perfil inversor adverso al riesgo.
23. Incumplimiento de la obligación de entregar la póliza de seguro.

AÑO 2009

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

Anexo I

5. Cálculo del valor de reducción en un seguro de vida.
6. Movilización de un plan de previsión asegurado.
7. Devolución de prima no consumida a persona distinta del tomador del contrato.
8. Seguro unit link en el que no se recogen todos los gastos inherentes a la operación.
9. Inadecuada actuación de la entidad aseguradora en un seguro de vida unit link invertido en un bono emitido por Lehman Brothers.
10. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente no declarada en el cuestionario.
11. Denegación de la cobertura de decesos.

Seguros de daños

12. Cálculo de una indemnización por interrupción de un viaje en un seguro de asistencia.
13. Devolución de la prima no consumida en un seguro a prima única vinculado a un préstamo.
14. Denegación parcial de la garantía de robo en un contrato de seguro multirriesgo empresarial.
15. Inadecuada tramitación de un siniestro de responsabilidad civil en un seguro multirriesgo de comunidades.
16. Denegación parcial del importe de una factura dentro de la garantía de asistencia en el hogar.
17. Interpretación de una póliza de responsabilidad civil.
18. Suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica en un contrato de seguro multirriesgo de comercio.

Mediación

19. Asistencia y asesoramiento inadecuados en la tramitación de un siniestro.

Planes de pensiones

20. Comercialización de planes con garantía financiera a largo plazo para partícipes próximos a la jubilación.
21. Disminución del valor de los derechos consolidados e información trimestral de la evolución del plan de pensiones.
22. Rechazo de la prestación de un plan de pensiones por desempleo preexistente.

Comercialización por entidades de crédito

23. Comercialización de distintos productos al contratar un préstamo hipotecario.

Anexo I

AÑO 2010

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

Anexo I

AÑO 2011

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

AÑO 2012

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

Anexo I

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

AÑO 2013

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

Anexo I

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

AÑO 2014

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

AÑO 2015

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

Anexo I

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

AÑO 2016

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

Anexo I

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

AÑO 2017

Seguros
Seguros de personas - Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el importe de la indemnización al vencimiento de un contrato de seguro de vida. - 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. - Modificación unilateral por parte de la entidad del importe de los gastos a aplicar en un seguro de vida. - Error en la aplicación de la cláusula que regula el valor del derecho de rescate en una póliza de vida. - Cuestionario de salud en un seguro de decesos. - Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria.
Seguros de daños - Excepción inoponible a la acción directa en un seguro de responsabilidad civil. - Aplicación de la normativa en materia de seguros privados en relación con la normativa de servicios de pago. - Limitación al derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro. - Incumplimiento de los requisitos de la respuesta motivada en un supuesto de conflicto de intereses. - Cláusula que limita el derecho a la libre elección de abogado en un seguro de defensa jurídica.
Mediación
12. Falta de acreditación de asistencia y asesoramiento durante la tramitación de un siniestro.
Planes de pensiones
- Beneficiarios por fallecimiento en el supuesto de duda sobre la voluntad del partícipe fallecido respecto de su plan de pensiones. - Modificación de una garantía financiera. - Cláusula adicional a un contrato de préstamo.

Anexo I

AÑO 2018

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

Anexo I

AÑO 2019

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

AÑO 2020

Seguros
Seguros de personas 1. Designación de beneficiario en un seguro de vida. 2. Abono parcial del importe de la indemnización por derivar el siniestro de una enfermedad preexistente. 3. Denegación del pago de una prestación por incapacidad permanente absoluta. 4. Denegación de una prueba PCR por aplicación de una cláusula de exclusión de epidemias oficialmente declaradas.

Anexo I

Seguros de daños

5. Denegación del pago del importe de los gastos de anulación de un viaje.
6. Solicitud del importe de la prima de un seguro de asistencia en viaje.
7. Falta de precisión en la redacción de una cláusula de exclusión en un seguro de defensa jurídica.
8. Reembolso de los honorarios de un abogado por las actuaciones seguidas en vía amistosa.
9. Aplicación de una cláusula que excluye de cobertura los supuestos en los que la reparación del objeto asegurado sea económicamente inviable.
10. Aplicación de una cláusula de cobertura de daños propios a un perjudicado en un accidente de circulación.
11. Análisis individualizado del riesgo asegurado a causa de la declaración del estado de alarma.
12. Definición del riesgo asegurado en un seguro de responsabilidad civil.
13. Definición de la condición de tercero en un seguro de responsabilidad civil.

Distribución

14. Asesoramiento tras la comunicación de un siniestro.

Planes de pensiones

15. Disponibilidad de un plan de pensiones en caso de ERTE derivado de la situación de crisis sanitaria.

Anexo II

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

A) Normativa general de protección.

- **Ley 44/2002**, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (Capítulo V relativo a la protección de clientes de servicios financieros.)
- **Ley 22/2007**, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- **Ley 39/2015**, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- **Ley 7/2017**, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.
- **Real Decreto Legislativo 1/2007**, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- **Orden ECO/734/2004**, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- **Orden ECC/2502/2012**, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- **Orden ECC/523/2013**, de 26 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Orden ECC/2329/2014**, de 12 de diciembre, por la que se regula el cálculo de la rentabilidad esperada de las operaciones de seguro de vida.
- **Orden ECC/2316/2015**, de 4 de noviembre, relativa a las obligaciones de información y clasificación de productos financieros.
- **Resolución de 23 de julio de 2014**, de la Subsecretaría, por la que se aprueban nuevos procedimientos, trámites y comunicaciones en el ámbito de competencia del registro electrónico del Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Real Decreto-ley 11/2020**, de 31 de marzo, para casos de desempleo o cese de actividad, derivadas de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- **Real Decreto-ley 15/2020**, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo.

Anexo II

B) Seguros, en general.

- **Ley 50/1980**, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- **Ley 20/2005**, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- **Ley 20/2015**, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- **Real Decreto 398/2007**, de 23 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento.
- **Real Decreto 1060/2015**, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- **Reglamento (UE) 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo**, de 26 de noviembre de 2014, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros.
- **Reglamento Delegado (UE) 2017/653 de la Comisión**, de 8 de marzo de 2017, por el que se completa el Reglamento (UE) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos
- **Ley 5/2019**, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario.

C) Seguros de vehículos a motor

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

D) Distribución de seguros

- **Real Decreto-ley 3/2020**, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

Anexo II

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.