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

2020



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE ECONOMÍA Y APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

NIPO: 094-20-083-5

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. Distribución 71
3. Planes 72
Capítulo IV 74
Capítulo V 84
1. Seguros 84
2. Planes de pensiones 97
Anexo I. Cuadros estadísticos. 100
Anexo II. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones. 117

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 2020 clasificados por tipos

IV Análisis de expedientes resueltos en 2020

Seguros

V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2020

VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2020 clasificadas por ramos o agrupaciones

VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2020 atendiendo a la materia objeto de reclamación

VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2020 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación

VIII Consultas resueltas en 2020 atendiendo a la materia objeto de la consulta

IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2020

IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2020 en relación al volumen de primas devengadas

IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2020 en relación con el número de reclamaciones presentadas

IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2020 en relación con el número de pólizas

X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 y análisis de la forma de terminación

A.1.I Expedientes iniciados en 2020 clasificados territorialmente

A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2020 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Índice

Distribución

XI Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2020

XII Reclamaciones resueltas en 2020 clasificadas por asuntos

XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2020

XIII.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

XIV Evolución mensual de expedientes iniciados en 2020

XV Reclamaciones resueltas en 2020 clasificadas por asuntos

XVI Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2020

XVII Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 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 2020

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 2020

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 2020

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 2020. Este Servicio es el Departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiaros 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 2020, 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 2020 ha disminuido un 3,13% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 10.002. La disminución es de un 8,03% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de planes de pensiones el descenso es del 5,13%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 11.057, lo que supone un aumento de un 5,87% respecto al año anterior.

- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 28% aproximadamente terminó con un informe favorable a la entidad, un 26% finalizó con un informe favorable al interesado y en el restante 46% 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 de la entidad y el restante 49% a favor del reclamante.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2020, que, por las particularidades que plantean, se ha considerado conveniente destacar. Este año se destacan varios casos que tienen que ver con la actual situación de emergencia de salud pública de dimensión internacional.

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

Presentación

ajustan a la normativa o a las buenas prácticas del sector asegurador y de los planes de pensiones.

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

En el capítulo dedicado a la **información pública** se recogen todas aquellas actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de proporcionar a los ciudadanos la máxima transparencia e información sobre la protección de sus derechos e intereses. Así, en este capítulo se refleja la información publicada en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se explica el procedimiento de consulta y reclamación en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, algunos criterios aplicados por el Servicio de Reclamaciones en la resolución de sus informes y un enlace a la red FIN-NET, que proporciona información sobre los mecanismos extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito financiero cuando la entidad aseguradora no está sometida al control del supervisor español. Además, se facilita información sobre la Sede Electrónica del Ministerio de 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 2020, 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 dos ocasiones, por lo que el plan ha demostrado su vocación de permanencia. Está prevista la renovación del mismo en 2021 para el periodo 2022-2025. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la novena edición del Programa de Educación Financiera. En el curso 2019-2020 se adhirieron al mismo 472 centros educativos, abarcando casi 23.000 estudiantes y 660 docentes. 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 2020

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 2020.

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 correduría 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 2020, 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 2020, independientemente de que se iniciaran en 2020 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 2020.

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 2020 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2018	2019	2020
Enero	757	764	948
Febrero	954	955	1.035
Marzo	952	953	582
Abril	872	973	222
Mayo	1.056	933	379
Junio	947	811	1.346
Julio	841	847	1.001
Agosto	710	667	617
Septiembre	773	691	716
Octubre	964	1.043	1.287
Noviembre	846	894	982
Diciembre	711	794	887
TOTALES	**10.383**	**10.325**	**10.002**

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[1]. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 10.101 expedientes iniciados en 2020, frente a los 10.417 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2020. 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

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

Capítulo I

financieros para la apertura de un procedimiento de reclamación o consulta (este año no se han presentado escritos de queja). Los expedientes admitidos 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	599	13	9	20	8	299	948
Febrero	633	13	7	24	13	345	1.035
Marzo	359	7	3	7	7	199	582
Abril	105	1	1	12	5	98	222
Mayo	203	2	1	13	5	155	379
Junio	722	22	10	12	8	572	1.346
Julio	581	9	5	6	3	397	1.001
Agosto	392	6	2	4	2	211	617
Septiembre	454	10	5	9	2	236	716
Octubre	709	33	6	9	9	521	1.287
Noviembre	591	18	4	10	6	353	982
Diciembre	518	14	4	8	4	339	887
Total 2020	**5.866**	**148**	**57**	**134**	**72**	**3.725**	**10.002**
Total 2019	**6.378**	**156**	**68**	**105**	**73**	**3.537**	**10.325**
Diferencia	**-512**	**-8**	**-11**	**29**	**-1**	**188**	**-323**
% Variación	**-8,03**	**-5,13**	**-16,18**	**27,62**	**-1,37**	**5,32**	**-3,13**

Expedientes resueltos.

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2020. 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 2020 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 2020 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2020
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2020		
	Iniciados antes de 01/01/2020	Iniciados en 2020	Total
Reclamación de seguros	6.492	532	7.024
Reclamación de planes	84	38	122
Reclamación corredores	37	4	41
Consulta	24	62	86
Consulta planes	31	28	59
Escritos no admitidos	0	3.725	3.725
TOTAL	**6.668**	**4.389**	**11.057**

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2020.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2020

Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		7.187	65
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable a la entidad	1.979		
Informe favorable al reclamante	1.893		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	530		
Informe asuntos sub iúdice	42		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	1.300		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	925		
Solicitud de daños y perjuicios	518		
2) Escritos no admitidos		3.725	33,69
Total reclamaciones		**10.912**	
Consultas			
3) Resolución de consultas		145	1,31
Expedientes terminados		**11.057**	**100**

Capítulo I

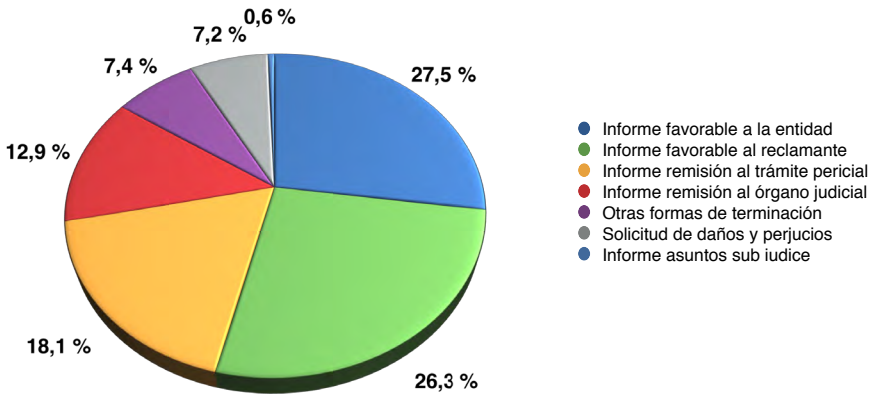
Los datos contenidos en el cuadro se dividen en tres partes:

- 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 2020.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 7.187 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 65% del total de expedientes resueltos en 2020. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad**, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 1.979, lo que supone el **27,54** del total de las reclamaciones.

b) Las **reclamaciones resueltas a favor del reclamante** se elevan a 1.893, lo que supone el **26,34%** del total.

c) El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de **acudir al trámite pericial** del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, asciende a 1.300, lo que representa el **18,09%** del total de reclamaciones resueltas. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere

Capítulo I

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.

d) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que resuelva el conflicto planteado por la necesidad de practicar las **pruebas oportunas** ha ascendido a 925 expedientes, lo que supone un **12,87%** del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos, cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

e) El apartado de **"otras formas de terminación"** recoge las reclamaciones que finalizan, entre otras causas, por existir un finiquito firmado por el reclamante en fecha anterior o posterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 530 y suponen el **7,37%** del total de las resueltas.

f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 518, suponiendo un **7,21%**, del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.

g) Por último, las 42 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba en **litigio ante los tribunales de justicia**, representan el **0,58%** 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 2020 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2020

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Enero	599	280	20	6	905
Febrero	633	330	24	7	994
Marzo	359	183	7	10	559
Abril	105	83	12	12	212
Mayo	203	139	13	10	365
Junio	722	495	12	15	1.244
Julio	581	367	6	10	964
Agosto	392	181	4	8	585

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Septiembre	454	205	9	7	675
Octubre	709	484	9	5	1.207
Noviembre	591	331	10	6	938
Diciembre	518	324	8	5	855
Total 2020	**5.866**	**3.402**	**134**	**101**	**9.503**
Total 2019	**6.378**	**3.345**	**105**	**77**	**9.913**
Diferencia	**-512**	**57**	**29**	**24**	**-410**
% Variacion	**-8,03**	**1,70**	**27,62**	**31,17**	**-4,14**

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2020.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2020 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2020	% S/ total 2020	Total 2019	% S/ total 2019	Diferencia 2020 - 2019
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.308	39,35	2.638	41,36	-330
Vehículos	731	12,46	754	11,82	-23
Enfermedad	633	10,79	663	10,40	-30
Vida	532	9,07	609	9,55	-77
Defensa jurídica	465	7,91	593	9,30	-128
Perdidas pecuniarias diversas	462	7,89	283	4,44	179
Decesos	275	4,69	291	4,55	-16
Responsabilidad civil general	220	3,75	278	4,36	-58
Asistencia	137	2,34	144	2,26	-7
Accidentes	102	1,74	124	1,94	-22
Caución	1	0,01	1	0,02	0
TOTAL	**5.866**	**100**	**6.378**	**100**	**-512**

Los seguros denominados comercialmente multirriesgos, como los de hogar, comunidades de propietarios, industriales y otros, son contratos que incluyen una gran variedad de coberturas de distintos ramos, como incendios y elementos naturales y otros daños a los

Capítulo I

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

El cuadro VII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2020, 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 2020 atendiendo a la materia objeto de reclamación

Vida	Nº	%
Falta de información o información incorrecta	109	25
Disconformidad con el importe recibido	89	20,41
Rechazo del siniestro	65	14,91
Devolución de prima no consumida	61	13,99
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	30	6,88
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	22	5,05
Retraso en el pago	20	4,59
Alta o modificación sin autorización del cliente	17	3,90
Otras materias	12	2,75
Aumento de prima	11	2,52
TOTAL	**436**	**6,21**

Accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	21	63,64
Disconformidad con el importe de la indemnización	10	30,30
Falta de información o información incorrecta	2	6,06
TOTAL	**33**	**0,47**

Capítulo I

Enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	286	55,21
Aumento de prima	74	14,29
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	48	9,27
Disconformidad con la prestación	43	8,30
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	26	5,02
Otras materias	22	4,25
Devolución de prima no consumida	19	3,66
TOTAL	**518**	**7,37**

Vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	120	26,26
Solicitud de devolución de prima no consumida	81	17,72
Rechazo del siniestro	61	13,35
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	58	12,69
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	52	11,38
Retraso en el pago	32	7
Otras materias	20	4,38
Aumento de prima	18	3,94
Falta de información o información incorrecta	15	3,28
TOTAL	**457**	**6,51**

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	1.997	49,58
Rechazo del siniestro	1.545	38,35
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	117	2,91
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	96	2,38
Solicitud de devolución de prima no consumida	85	2,11
Falta de información o información incorrecta	52	1,29
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	49	1,22

Capítulo I

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Alta o modificación sin autorización del cliente	38	0,94
Aumento de prima	31	0,77
Otras materias	18	0,45
TOTAL	**4.028**	**57,35**

Responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	24	48,99
Disconformidad con la valoración de la indemnización	15	30,61
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	6	12,24
Otras materias	4	8,16
TOTAL	**49**	**0,70**

Pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	257	77,89
Disconformidad con la valoración de la indemnización	31	9,39
Otras materias	21	6,36
Retraso en el pago o en la tramitación de la indemnización	14	4,24
Falta de información o información incorrecta	7	2,12
TOTAL	**330**	**4,70**

Defensa jurídica	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización	397	53,65
Rechazo del siniestro	287	38,78
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	37	5
Otras materias	19	2,57
TOTAL	**740**	**10,54**

Capítulo I

Asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	60	57,15
Disconformidad con la prestación	27	25,71
Retraso en la prestación o en la tramitación del siniestro	13	12,38
Otras materias	5	4,76
TOTAL	**105**	**1,49**

Decesos	Nº	%
Discrepancia con la devolución del exceso de suma asegurada	164	50,15
Rechazo de la prestación	53	16,21
Aumento de la prima	51	15,60
Falta de información o información incorrecta	33	10,09
Otras materias	26	7,95
TOTAL	**327**	**4,66**

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2020	**7.024**	**100**

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

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

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

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

Capítulo I

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

- Seguro de vida

En el año 2020 el principal motivo de reclamación, un 25%, 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 segundo 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.

El tercer motivo de reclamación, casi un 15%, 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.

- Seguro de accidentes

Casi el 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, en torno al 30%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que tiene su origen en la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, en torno al 55%, 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, 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 14% y el tercero tiene que ver con solicitudes de no renovación del contrato no realizadas por la entidad, bien porque las solicitudes no se llevaron a cabo, por parte del tomador, cumpliendo con los requisitos establecidos en la ley (comunicación al menos con un mes de antelación al vencimiento del contrato) bien porque la entidad no cumplió con la petición, ajustada a derecho, del tomador.

- Seguro de decesos

En el seguro de decesos destacan los casos de reclamaciones que tienen que ver con la cuantificación del exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el asegurador, más de un 50%. 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 16%, 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.

En tercer lugar, más de un 15%, 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

Capítulo I

y reaseguradoras. Así, y entre otras exigencias, la nota informativa previa debe incluir un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance los noventa años.

Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales

- Seguro de automóviles

En los ramos relacionados con los seguros de vehículos el asunto más destacado, alrededor del 26% 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 motivo deriva de la solicitud de la devolución del importe de la prima no consumida, generalmente tras haberse vendido el vehículo asegurado, o por haberse suscrito un contrato con otra aseguradora. En 2020 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.

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

- 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, casi el 50%, 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 38%, 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 ser exhaustivos, abarcarían: falta de mantenimiento, defecto o vicio propio de las cosas,

Capítulo I

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 49% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen principalmente se encuentra tanto en la falta de claridad en la redacción de los contratos, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial, como en las numerosas exclusiones de este tipo de seguros.

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

- Seguro de pérdidas pecuniarias diversas

En el ramo de pérdidas pecuniarias diversas el asunto que genera mayor número de reclamaciones, más del 77%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de la entidad. Incluidas en este asunto 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, la mayoría de las reclamaciones de este ramo derivan de la comercialización de pólizas ligadas a préstamos, denominadas "seguros de protección de pagos", que ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato indefinido) y la de incapacidad temporal, para el resto de trabajadores. En estas pólizas, la causa de las reclamaciones se encuentra, principalmente, en que los asegurados entienden que están cubiertos frente a las dos contingencias, cuando estas coberturas son alternativas dependiendo de cuál sea, como se ha dicho, la situación laboral del asegurado.

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

- Seguro de defensa jurídica

En el ramo de defensa jurídica el motivo de reclamación más numeroso, casi el 54%, 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.

En segundo lugar, casi el 39%, estarían las reclamaciones que se refieren al rehúse del siniestro, rehúse que tiene que ver con la diferente interpretación que hacen las partes de

Capítulo I

las cláusulas del contrato, y, en especial, con la aplicación de las cláusulas limitativas referidas a que la entidad no viene obligada a asumir los gastos de defensa jurídica cuando se trate de reclamaciones injustificadas en función de la responsabilidad del hecho o manifiestamente desproporcionadas con la valoración de los daños y perjuicios, salvo que se obtenga, por parte del asegurado, una resolución judicial favorable a sus intereses.

- Seguro de asistencia

En el ramo de asistencia la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, un 57%, que suele referirse a las diferentes interpretaciones que realizan las partes en supuestos de pérdida de enlaces, pérdida de equipaje, traslado del vehículo al taller más cercano, etc.

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

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 2020 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronuncia-mientos	%
		Allana-mientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Incendios y elementos naturales / otros daños a los bienes	4.028	340	467	807	20,04	1.034	25,67	2.187	54,30
Defensa jurídica	740	19	209	228	30,81	152	20,54	360	48,65
Enfermedad y asistencia sanitaria	518	47	155	202	39	163	31,46	153	29,54
Vehículos terrestres	457	83	60	143	31,29	152	33,26	162	35,45
Vida	436	53	134	187	42,9	99	22,71	150	34,39
Perdidas pecuniarias diversas	330	11	33	44	13,33	150	45,46	136	41,21
Decesos	327	35	113	148	45,26	100	30,58	79	24,16
Asistencia	105	0	14	14	13,33	43	40,95	48	45,72
Responsabilidad civil general	49	9	30	39	79,59	1	2,04	9	18,37
Accidentes	33	4	4	8	24,24	16	48,48	9	27,28
Caución	1	0	1	1	100	0	0	0	0
Total	**7.024**	**601**	**1.220**	**1.821**	**25,93**	**1.910**	**27,19**	**3.293**	**46,88**

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 2020.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2020 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre normativa general de contrato de seguro	39	45,35
Información sobre seguro de personas	21	24,42
Información sobre seguros de daños	15	17,44
Información sobre cómo reclamar	11	12,79
TOTAL	**86**	**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 2020 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

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

Las consultas sobre la información relativa a seguros de personas 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.

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 2020. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2020, el total de reclamaciones presentadas en el año 2019, 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 2020

Denominación	Total 2020	Total 2019	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	559	624	-65	-10,42	0,1107
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	371	404	-33	-8,17	0,1266
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	325	360	-35	-9,72	0,2410
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	300	316	-16	-5,06	0,1449
Axa Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	288	296	-8	-2,70	0,1486
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	259	289	-30	-10,38	0,1795
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	227	316	-89	-28,16	0,2526
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	180	219	-39	-17,81	0,0451
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros A Prima Fija	180	218	-38	-17,43	0,5218
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	165	206	-41	-19,90	0,1599

Capítulo I

Denominación	Total 2020	Total 2019	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	163	164	-1	-0,61	0,1443
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	160	164	-4	-2,44	0,1031
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anonima de Seguros y Reaseguros	114	133	-19	-14,29	0,1016
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	114	115	-1	-0,87	0,1260
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	109	102	7	6,86	0,0840
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	102	128	-26	-20,31	0,2255
Reale Seguros Generales, S.A.	88	118	-30	-25,42	0,0951
Zurich Insurance PLC Suc. España	86	74	12	16,22	Ver nota
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	84	79	5	6,33	0,0118
Europ Assistance SA, Sucursal en España	63	14	49	350,00	Ver nota
Arag SE Suc. España	60	27	33	122,22	Ver nota
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	57	52	5	9,62	0,4145
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	57	85	-28	-32,94	0,2232
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	47	67	-20	-29,85	0,0321
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	46	36	10	27,78	0,0365

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2020.
- Respecto a las entidades Zurich Insurance PLC Sucursal en España, Europ Assistance SA, Sucursal en España y Arag SE Suc. España no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Capítulo I

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 2020 en relación al volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2020	Ratio reclamaciones
Legalitas Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	39	20.829.868	1,8723
Alianza Española S.A. de Seguros La	28	31.931.287	0,8769
Purísima Concepción, Mutualidad de Previsión Social	17	22.480.998	0,7562
Divina Pastora, Seguros Generales, S.A.U.	19	28.096.975	0,6762
Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	25	45.274.326	0,5522
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	180	344.990.185	0,5218
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	57	137.515.030	0,4145
Cajamar Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	29	81.241.754	0,3570
Fénix Directo, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	16	54.897.326	0,2915
Kutxabank Aseguradora Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	33	113.833.818	0,2899
Verti Aseguradora, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	24	84.419.231	0,2843
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	227	898.614.424	0,2526
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	325	1.348.777.320	0,2410
Bankia Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	43	178.857.940	0,2404
La Fé Previsora Compañía de Seguros, S.A.	11	47.751.501	0,2304

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2020	Ratio reclamaciones
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	102	452.252.638	0,2255
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	57	255.334.761	0,2232
Seguros Lagun Aro, S.A.	23	118.188.129	0,1946
Preventiva, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A.	19	100.393.782	0,1893
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	259	1.442.834.685	0,1795
Aegon España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	23	132.291.911	0,1739
GACM Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	31	185.936.619	0,1667
Almudena Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	16	96.749.017	0,1654
Nortehispana de Seguros y Reaseguros, S.A.	33	201.726.747	0,1636
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	165	1.031.599.673	0,1599

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2020.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2020. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2020 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 2020. 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 2020 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2020	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	898.614.424 (24)	227 (7)	0,2526
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	1.348.777.320 (12)	325 (3)	0,2410
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	1.442.834.685 (10)	259 (6)	0,1795
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	1.031.599.673 (19)	165 (10)	0,1599
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	1.938.344.180 (7)	288 (5)	0,1486
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	2.070.988.667 (6)	300 (4)	0,1449
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	1.129.529.460 (17)	163 (11)	0,1443
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.930.779.068 (4)	371 (2)	0,1266
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	904.964.821 (23)	114 (13)	0,1260
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.047.528.033 (2)	559 (1)	0,1107
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	1.551.673.163 (8)	160 (12)	0,1031
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.122.184.582 (18)	114 (13)	0,1016
Reale Seguros Generales, S.A.	925.487.559 (22)	88 (17)	0,0951
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	1.296.887.949 (14)	109 (15)	0,0840
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	727.609.983 (26)	45 (26)	0,0618
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	3.988.672.654 (3)	180 (8)	0,0451
Fiatc, Mutua de Seguros y Reaseguros	728.102.654 (25)	31 (35)	0,0426

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2020	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	1.258.785.326 (16)	46 (25)	0,0365
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	1.464.093.872 (9)	47 (24)	0,0321
Mapfre Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros Sobre La Vida Humana	1.275.886.045 (15)	32 (34)	0,0251
Ibercaja Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	957.545.053 (20)	23 (45)	0,0240
Axa Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	637.383.421 (27)	15 (62)	0,0235
Bansabadell Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.301.137.807 (13)	26 (40)	0,0200
Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.	2.131.788.587 (5)	33 (31)	0,0155
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	7.142.744.009 (1)	84 (19)	0,0118

NOTA:
- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2020.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2020 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 2020 en relación con el número de pólizas

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	57	599.524	0,00951
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	180	1.973.938	0,00912
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	102	1.219.188	0,00837

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	46	575.993	0,00799
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	300	3.993.500	0,00751
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	325	4.406.305	0,00738
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	57	796.397	0,00716
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	371	6.150.811	0,00603
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	114	1.911.672	0,00596
Axa Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	288	5.138.333	0,00560
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	114	2.136.665	0,00534
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	163	3.675.304	0,00444
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	559	13.657.023	0,00409
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	227	5.561.617	0,00408
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	259	7.428.248	0,00349
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	180	5.350.205	0,00336
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	47	1.449.099	0,00324
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	165	6.883.256	0,00240
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	109	4.703.943	0,00232
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	84	4.556.375	0,00184

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Reale Seguros Generales, S.A.	88	4.839.683	0,00182
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	160	12.986.341	0,00123
Zurich Insurance PLC Suc. España	86	-	Ver nota
Europ Assistance Sa, Sucursal en España	63	-	Ver nota
Arag SE Suc. España	60	-	Ver nota

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2020.
- Respecto a las entidades Zurich Insurance PLC Sucursal en España, Europ Assistance SA, Sucursal en España y Arag SE Suc. España no puede indicarse el ratio, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En el siguiente cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 25 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2020 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2020 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2020, independientemente de que estos expedientes al término del año 2020 estuviesen resueltos o no.

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 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	%				
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	513	40	46	86	16,76	140	27,29	287	55,95
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	495	32	80	112	22,63	105	21,21	278	56,16

Capítulo I

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.	482	48	78	126	26,14	164	34,02	192	39,83
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	435	49	58	107	24,60	90	20,69	238	54,71
Santa Lucia, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	375	28	48	76	20,27	120	32,00	179	47,73
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	348	38	44	82	23,57	92	26,44	174	50,00
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	277	8	41	49	17,69	80	28,88	148	53,43
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	254	19	48	67	26,38	73	28,74	114	44,88
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	241	24	27	51	21,16	52	21,58	138	57,26
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	226	10	36	46	20,35	91	40,27	89	39,38
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	184	7	33	40	21,74	45	24,46	99	53,80
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	168	18	35	53	31,55	29	17,26	86	51,19
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	130	28	30	58	44,62	43	33,08	29	22,31
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	123	21	19	40	32,52	21	17,07	62	50,41
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	121	8	11	19	15,70	34	28,10	68	56,20

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Zurich Insurance Plc Suc. España	109	5	8	13	11,93	26	23,85	70	64,22
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	107	13	20	33	30,84	34	31,78	40	37,38
Reale Seguros Generales, S.A.	91	11	19	30	32,97	28	30,77	33	36,26
Mutua Madrileña Automovilista Sociedad de Seguros a Prima Fija	88	12	13	25	28,41	13	14,77	50	56,82
RGA Seguros Generales Rural, S.A. de Seguros y Reaseguros	79	9	12	21	26,58	19	24,05	39	49,37
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	69	6	10	16	23,19	17	24,64	36	52,17
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.	68	5	16	21	30,88	28	41,18	19	27,94
Kutxabank Aseguradora Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	68	10	4	14	20,59	19	27,94	35	51,47
MM Hogar Sociedad Anónima Unipersonal de Seguros y Reaseguros (Ver Nota)	68	4	2	6	8,82	23	33,82	39	57,36
GACM Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	56	5	9	14	25	12	21,43	30	53,57

NOTA:

- MM Hogar Sociedad Anónima Unipersonal de Seguros y Reaseguros fue absorbida por Mutua Madrileña Automovilista Sociedad de Seguros a Prima Fija en el año 2019.

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

Capítulo I

consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de un finiquito anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

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

3. 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 2020 y su variación con respecto al año anterior.

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2020

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Total
Enero	9	3	12
Febrero	7	2	9
Marzo	3	2	5
Abril	1	0	1
Mayo	1	0	1
Junio	10	10	20
Julio	5	6	11
Agosto	2	6	8
Septiembre	5	5	10
Octubre	6	7	13
Noviembre	4	1	5
Diciembre	4	0	4
Total 2020	**57**	**42**	**99**
Total 2019	**68**	**32**	**100**
Diferencia	**-11**	**10**	**-1**
% Variación	**-16,18**	**31,25**	**-1**

Capítulo I

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

Cuadro XII
Reclamaciones resueltas clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/ total
La asistencia durante la duración del contrato fue inexistente o deficiente	31	75,61
Otros motivos	10	24,39
AÑO 2020	**41**	**100**

En el siguiente cuadro se recogen las dos corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2020 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2020

Sociedades de correduría	Número	%
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg., S.A. Grupo de Seg. El Corte Inglés	11	19,3
Intermundial XXI S.L.	8	14,04

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2020 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XIII.2
Corredores y correduría de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 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	9	0	3	3	33,33	5	55,56	1	11,11
Sociedad de Previsión Bancaria Iberia, Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A	8	0	5	5	62,50	1	12,50	2	25
Intermundial XXI SL	6	0	3	3	50	1	16,67	2	33,33

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 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 2020 y clasificados por meses.

Capítulo I

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2020

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	13	7	8	1	29
Febrero	13	6	13	0	32
Marzo	7	2	7	1	17
Abril	1	3	5	0	9
Mayo	2	4	5	1	12
Junio	22	46	8	6	82
Julio	9	12	3	1	25
Agosto	6	13	2	3	24
Septiembre	10	15	2	3	30
Octubre	33	21	9	4	67
Noviembre	18	14	6	0	38
Diciembre	14	14	4	3	35
Total 2020	**148**	**157**	**72**	**23**	**400**
Total 2019	**156**	**64**	**73**	**19**	**312**
Diferencia	**-8**	**93**	**-1**	**4**	**88**
% Variación	**-5,13**	**145,31**	**-1,37**	**21,05**	**28,21**

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

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

Capítulo I

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2020 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 2020 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Prestaciones	48	39,34
Información, comercialización y publicidad	26	21,31
COVID-19	12	9,84
Movilización de derechos consolidados	12	9,84
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	10	8,20
Otros	4	3,27
Beneficiarios por fallecimiento	3	2,46
Régimen especial de personas con discapacidad	3	2,46
Embargo	2	1,64
Comisiones	2	1,64
TOTAL	**122**	**100**

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2020 ha sido el relativo a **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 39,34% del total de reclamaciones resueltas, frente al 18,99% en 2019.

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.

Capítulo I

El segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2020 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 2020 el 21,31% del total de reclamaciones, frente al 27,85% del año pasado. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan de pensiones, especialmente cuando la vocación inversora del fondo de pensiones no corresponde con las expectativas de rentabilidad y riesgo del partícipe.

En relación 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.

Capítulo I

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

También ha sido importante el número de reclamaciones en relación con la disposición de los planes de pensiones en caso de desempleo derivado de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Destacan también las reclamaciones tramitadas en relación con la **movilización de derechos consolidados**, representando un 9,84% respecto del total de reclamaciones resueltas, frente al 15,19% en 2019.

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 2020 representaron un 8,20% del total de reclamaciones resueltas, frente al 6,33% a que ascendieron en 2019.

Capítulo I

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

Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2020 se han resuelto 59 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 2020.

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 2020

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	22	14,87 %	29,10%
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	19	12,84 %	10,86%
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	18	12,16 %	12,67%

NOTA:

- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2020.

Capítulo I

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 2020 por el Servicio de Reclamaciones.

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2020 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Vida Caixa, S.A. de Seguros y Reaseguros	20	3	4	7	35	5	25	8	40
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P	16	0	2	2	12,50	11	68,75	3	18,75
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	14	1	2	3	21,43	5	35,71	6	42,86
Allianz Popular Pensiones, EGFP, SAU EGFP, S.A., E.G.F.P	6	2	1	3	50	2	33,33	1	16,67
Bankia Pensiones, S.A., E.G.F.P.	6	2	0	2	33,33	3	50	1	16,67

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

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

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 2020, 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 de 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 2020

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	68	45
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	31	41
Total 2020	**99**	**86**
Total 2019	**92**	**88**
Diferencia	**7**	**-2**
% Variacion	**7,61**	**-2,27**

El total de expedientes iniciados en el periodo de referencia se eleva a 99, de los cuales el 68,7% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 31,3% 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, la valoración de los derechos consolidados y económicos de los partícipes en la jubilación y el tratamiento de los premios de jubilación.

Este año 2020, también han sido recurrentes las reclamaciones y consultas presentadas en relación con la posibilidad de disposición de los planes de pensiones en caso de desempleo o cese derivados de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En total, durante el año 2020 se resolvieron 86 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2020 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 45 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 41 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 2020 se han atendido más de 20.000 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 2020 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 2020.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2020

	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	114.525	2.232	3.655	118.180	39.585	56.010	13.150	108.745

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 2020, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:

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

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

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 2020 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2020 o en años anteriores y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2020 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 118.180.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2020 ha sido de 108.745, de las cuales un 36,40% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 51,51% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 12,09% 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 2020, 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	941	180	19,13
Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros	590	47	7,97
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.124	84	7,47
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.559	114	7,31

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.107	371	7,27
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	1.633	109	6,68
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.568	102	6,51
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros A Prima Fija	2.622	160	6,10
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.916	114	5,95
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	5.154	300	5,82
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	5.843	325	5,56
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., Sociedad Unipersonal	858	46	5,36
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	3.100	165	5,32
Bbvaseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	3.073	163	5,30
Reale Seguros Generales, S.A.	1.807	88	4,87
Bansabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	1.393	57	4,09
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	14.541	559	3,84
Axa Seguros Generales, S. A. de Seguros y Reaseguros	8.378	288	3,44
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros A Prima Fija	5.257	180	3,42
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	8.276	227	2,74
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	2.152	57	2,65

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	10.831	259	2,39
Zurich Insurance PLC Suc. España	Ver nota	86	Ver nota
Europ Assistance SA, Sucursal en España	Ver nota	63	Ver nota
Arag SE Suc. España	Ver nota	60	Ver nota

NOTA:

- Respecto a las entidades Zurich Insurance PLC Sucursal en España, Europ Assistance SA, Sucursal en España y Arag SE Suc. España no se reflejan los datos, ya que al ser sucursales de entidades domiciliadas en otros Estados de la Unión Europea, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Capítulo III

Expedientes de especial interés

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 2020, 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 2020, 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 incluye un caso relacionado con la cobertura, en seguros de asistencia sanitaria, de las pruebas de detección del COVID-19.

Se ha querido destacar este año, en la cobertura de incapacidad permanente absoluta, que, cuando se hace depender el pago de la prestación de la irreversibilidad de la situación de incapacidad, tal cláusula tiene la consideración de limitativa de los derechos de los asegurados y por tanto, tiene que estar destacada y expresamente aceptada por el asegurado.

En el apartado de seguros de daños se publican, como se ha venido haciendo en los últimos años, dos casos de seguro obligatorio de automóvil referidos tanto al derecho a la indemnización plena del perjudicado, como a la libre elección de abogado para llegar a un acuerdo amistoso cuando exista un conflicto de intereses. Desde el Servicio de Reclamaciones se ha insistido siempre, en que la regulación del citado régimen es clara y no deja lugar a dudas en su interpretación.

Se publican además, supuestos en los que, de nuevo, las compañías realizan una aplicación restrictiva de las cláusulas contractuales reguladoras de los derechos de sus asegurados, tanto en seguros de responsabilidad civil como de defensa jurídica y asistencia en viaje.

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 2020.

Capítulo III

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 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.
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.

Capítulo III

1. Seguros

TIPO DE SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO:
Denegación de la solicitud del tomador de cambio de beneficiario.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 84 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Los tomadores pueden revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no renuncien expresamente y por escrito a ese derecho.

1/2020. Designación de beneficiario en un seguro de vida

El reclamante, asegurado de un contrato de seguro de vida a prima única, se quejaba de la falta de desglose de las cantidades destinadas al abono de los servicios funerarios cubiertos. Solicitaba asimismo que, en caso de fallecimiento, su viuda tuviera derecho a la totalidad del capital garantizado, solicitud denegada por la compañía.

La compañía alegaba que no se trataba de un seguro de decesos sino de vida. Indicaba que en el contrato se establecía que, en caso de fallecimiento del asegurado antes del vencimiento, el compromiso de la aseguradora consistía en abonar el importe del servicio funerario a la empresa prestadora del servicio y el sobrante a la viuda. Por ello no atendía la solicitud del asegurado.

El artículo 84 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que *el tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del asegurador.*

En virtud del citado artículo, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad debía atender la petición del tomador y acceder al cambio de beneficiario. Se aclaró asimismo al reclamante que, a pesar de que se identificara como beneficiaria a la empresa prestadora del servicio fúnebre, se trataba de un seguro de vida y no de uno de decesos.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO:
Aplicación de una cláusula que limita al 40% el importe de la indemnización si el siniestro deriva de una patología preexistente.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Las entidades no pueden rehusar ni limitar el importe de las indemnizaciones en los siniestros derivados de patologías preexistentes al momento de la contratación si no someten a cuestionario a los asegurados.

2/2020. Abono parcial del importe de la indemnización por derivar el siniestro de una enfermedad preexistente

El reclamante solicitaba el abono total de la indemnización de un seguro de vida vinculado a un préstamo, ya que la aseguradora le había indemnizado solo con el 40% de la suma asegurada.

La entidad en sus alegaciones indicaba que el fallecimiento del asegurado se había producido como consecuencia de una patología cardiaca diagnosticada antes de la suscripción del contrato. Alegaba una cláusula contenida en el contrato que limitaba la indemnización al 40% de la suma asegurada para estos casos.

El artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que *el tomador del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se indicó la jurisprudencia reiterada de la Sala Primera, de lo Civil, del Tribunal Supremo en casos como el planteado, que configura el deber de declaración del riesgo del artículo precitado como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto.

En virtud de lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula que limitaba al 40% la indemnización, por derivar el siniestro de una patología preexistente a la contratación, no resultaba válida al no existir cuestionario.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de vida.

ASUNTO:
Denegación del pago de una prestación por incapacidad permanente absoluta por tener el carácter de reversible.

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

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

3/2020. Denegación del pago de una prestación por incapacidad permanente absoluta

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

La compañía alegaba que no procedía el pago de la prestación hasta que no se le presentase una Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social con el reconocimiento de la incapacidad permanente absoluta de forma definitiva, pues en la Resolución aportada por el reclamante del citado Instituto, se indicaba que se preveía que la situación de incapacidad fuese a ser objeto de revisión. Asimismo se indicaba que esa calificación podría ser revisada por agravación o mejoría a partir de una determinada fecha. La compañía añadía que no rechazaba el pago sino que lo retrasaba hasta que se diese la circunstancia prevista en la póliza.

En el contrato de seguro figuraba la siguiente definición: *a los efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originada independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.*

La Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2020 señala, respecto a cláusulas como la anterior, que, si bien definen lo que se entiende por invalidez permanente absoluta, introducen un requisito cual es exigir su naturaleza irreversible, es decir, que no sea susceptible de volver al estado o situación anterior, y lo hace sin concreción alguna, lo que determina que deban ser consideradas como limitativas.

El informe final del Servicio de Reclamaciones indicó que, dada la naturaleza limitativa de la cláusula, la misma debía cumplir con los requisitos del artículo 3 de la Ley de Contrato de seguro, esto es, estar destacada y aceptada expresamente por el asegurado, requisito este último que no se cumplía en el contrato objeto de la reclamación, por lo que la compañía debía abonar el importe de la prestación garantizada.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:
Denegación de una prueba PCR exigida para la realización de una intervención quirúrgica.

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

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

4/2020. Denegación de una prueba PCR por aplicación de una cláusula de exclusión de epidemias oficialmente declaradas

El reclamante exponía que, para poder realizarse una intervención quirúrgica, el centro médico le exigía la realización de una prueba PCR para la detección de la infección por COVID-19 que su aseguradora denegaba.

La entidad aseguradora alegaba que rechazaba cubrir el coste de la prueba PCR por resultar de aplicación una cláusula de exclusión relativa a epidemias.

En las condiciones generales del contrato objeto de la reclamación se incluía una cláusula indicando que en ningún caso se cubren las prestaciones *que se produzcan con ocasión o a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas*.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si en las condiciones generales de un contrato de asistencia sanitaria se incluyen cláusulas de no cobertura en situaciones de epidemia o pandemia, las citadas cláusulas pueden tener la consideración de limitativas, por sorpresivas, así como por la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo sobre las expectativas razonables del asegurado a partir del contenido natural del contrato.

El informe final del Servicio de Reclamaciones indicó que, dada la naturaleza limitativa de la cláusula, la misma debía cumplir con los requisitos del artículo 3 de la Ley de Contrato de seguro, esto es, estar destacada y aceptada expresamente por el asegurado, requisitos que no se cumplían en este caso.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de anulación y asistencia en viaje.

ASUNTO:
Denegación del pago del importe de los gastos de anulación de un viaje por estar el asegurado incluido en un ERTE.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que el supuesto objeto de la reclamación estaba incluido en las condiciones del contrato.

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

5/2020. Denegación del pago del importe de los gastos de anulación de un viaje

El reclamante, asegurado de un contrato de asistencia en viaje que incluía la anulación, exponía que había sido incluido en un expediente de regulación temporal de empleo y por ello solicitaba el reembolso de los gastos de anulación de un viaje.

La entidad alegaba que ese tipo de expedientes de regulación de empleo no estaban contempladas en el contrato como causa de anulación de un viaje.

En el contrato aportado al expediente, en la garantía de gastos de anulación de viaje se establecía que *el asegurador garantiza...el reembolso de los gastos por anulación de viaje (...) por alguna de las causas...que se enumeran a continuación (...) 3. Por motivos laborales (...) Presentación de Expediente de Regulación de empleo, que afecte directamente al Asegurado (...).*

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si la adopción de medidas de regulación de empleo por parte de las empresas abarca, tanto la reducción de jornada, como la suspensión temporal del contrato o la extinción de las relaciones laborales, dado que en el contrato no se excluían los expedientes de regulación de empleo que tuvieran el carácter de temporal, el supuesto objeto de la reclamación debía entenderse cubierto.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de anulación y asistencia en viaje.

ASUNTO:
Solicitud del importe de la prima de un seguro de asistencia en viaje al no haberse realizado el mismo por la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que debía devolverse el importe de la prima de la garantía de asistencia en viaje.

CONCLUSIÓN:
En los seguros de asistencia en viaje los tomadores tienen derecho a la devolución del importe de la prima pagada si no llega a realizarse el viaje en los términos previstos en el contrato .

6/2020. Solicitud del importe de la prima de un seguro de asistencia en viaje

El reclamante, asegurado de un contrato de asistencia en viaje que incluía la anulación, solicitaba en su reclamación la devolución del importe de la prima abonada al no haberse realizado el viaje por la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

La compañía alegaba que no cabía estimar la solicitud porque la prima es indivisible puesto que el asegurador soporta el riesgo total en cada instante de duración del contrato, y no por fracciones de tiempo.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si bien en la cobertura de anulación, las entidades asumen el riesgo, salvo que en el contrato se disponga otra cosa, desde la fecha de suscripción del seguro, no ocurre lo mismo con la garantía de asistencia en viaje. Este tipo de cobertura está sujeta a la condición suspensiva de que el viaje se realice. Por ello, el riesgo no se trasladaría al asegurador hasta la fecha en que, de acuerdo con las condiciones contractuales, se entienda iniciado el viaje. Es en este momento en el que se devengaría la prima, no resultando, por tanto, de aplicación hasta esa fecha, el principio de indivisibilidad de la misma. Por todo lo expuesto, el informe del Servicio de Reclamaciones concluyó que el asegurador debía devolver el importe de la prima correspondiente a la garantía de asistencia en viaje, pero no el correspondiente a la garantía de anulación.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de defensa jurídica.

ASUNTO:
Rechazo de la cobertura de defensa jurídica por aplicación de una cláusula prevista en el contrato.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la cláusula resultaba contraría al artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

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

7/2020. Falta de precisión en la redacción de una cláusula de exclusión en un seguro de defensa jurídica

El reclamante exponía que había solicitado la cobertura de protección jurídica al haber sido despedido por parte de la empresa en la que trabajaba, que era una agencia de seguros de la entidad aseguradora objeto de la reclamación.

La entidad aseguradora alegaba que, tal como establecía la póliza, el siniestro carecía de cobertura al tratarse de una reclamación contra una agencia de la propia entidad y, en opinión de la aseguradora, formar parte aquella de la misma unidad de decisión que la aseguradora.

En el contrato aportado al expediente constaba una exclusión en la que se regulaba que no quedaban cubiertas *las reclamaciones que formulasen los asegurados contra el asegurador o contra cualquiera de las personas que estuvieren vinculadas con el asegurador por formar parte de la misma unidad de decisión.*

El Servicio de Reclamaciones consideró que para que la aseguradora pudiera rechazar la cobertura, alegando que la empresa en la que el reclamante prestaba sus servicios hasta ser despedido formaba parte de la misma unidad de decisión de la aseguradora, debía haberse definido en la póliza en qué consistía el hecho de constituir una unidad de decisión. En la medida en que esto no era así, se consideró incumplido el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro que exige precisión en la redacción de las pólizas.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Cobertura de defensa jurídica de un seguro del automóvil.

ASUNTO:
Denegación de la minuta de los honorarios del letrado designado por el reclamante, perjudicado en un accidente de circulación.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones estimó la reclamación al comprobar que existía un conflicto de intereses y por tanto resultar de aplicación el artículo 76.d) de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:
Los asegurados tienen derecho a la libre elección de abogado en los casos en que se presente conflicto de intereses entre las partes del contrato.

8/2020. Reembolso de los honorarios de un abogado por las actuaciones seguidas en vía amistosa

El reclamante indicaba que había sufrido lesiones derivadas de un accidente de circulación. Tras solicitar el asesoramiento de un abogado de su elección y presentar a la aseguradora de su automóvil la solicitud de abono de estos gastos de asistencia jurídica, la petición había sido denegada

La entidad aseguradora alegaba que la póliza reservaba la cobertura de reclamaciones extrajudiciales a abogados designados por la compañía, quedando el derecho a la libre designación de abogado por el asegurado limitado a aquellos casos en los que se iniciara un procedimiento judicial, hecho que no había ocurrido

Analizada la documentación aportada al expediente, se observó que, efectivamente, en las condiciones particulares se disponía que, en caso de accidente de circulación, era la propia entidad aseguradora la encargada de realizar ante la parte contraria las gestiones necesarias para obtener un acuerdo amistoso.

No obstante lo anterior, y siendo válida la cláusula objeto de la controversia, se daba la circunstancia de que los dos vehículos involucrados en el accidente de circulación estaban asegurados en la misma entidad, lo que constituía un evidente conflicto de intereses; situación en la que la Ley de Contrato de Seguro, en su artículo 76 d), reconoce la libre designación de abogado por parte del asegurado, incluso en aquellos casos en los que no llegue a iniciarse un procedimiento judicial, como era el supuesto descrito. Por esta razón se consideró incumplido el citado artículo y acreditado el derecho del reclamante al abono de la minuta presentada.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de reparación de electrodomésticos.

ASUNTO:
Falta de indemnización por resultar económicamente inviable la reparación del objeto asegurado.

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

CONCLUSIÓN:
Las cláusulas de exclusión de cobertura incluidas en un contrato no pueden otorgar la potestad al asegurador de decidir de manera arbitraria sobre el derecho a la indemnización .

9/2020. Aplicación de una cláusula que excluye de cobertura los supuestos en los que la reparación del objeto asegurado sea económicamente inviable

El reclamante manifestaba su disconformidad con la negativa de la compañía aseguradora a reparar la avería de un electrodoméstico.

La entidad aseguradora alegaba que la avería había sido examinada por el Servicio Técnico Oficial que había determinado que la reparación era económicamente inviable. La póliza estipulaba para esos casos la no cobertura.

En las condiciones de la póliza se establecía que en caso de siniestro, *el asegurador acuerda pagar los costes de reparación del equipo asegurado incluyendo piezas, mano de obra, impuestos y desplazamiento durante la jornada laboral del Servicio Técnico, excepto cuando (...) el Servicio Técnico Oficial considere la reparación del equipo económicamente inviable.*

Analizada la cláusula citada, el Servicio de Reclamaciones consideró, por una parte, que la misma deja al arbitrio de la entidad la consideración de cuándo una reparación es económicamente inviable, y por otro que, de darse esta situación, la consecuencia es que no se ofrece, por parte de la aseguradora, ni una reparación ni una indemnización. En virtud de lo expuesto se consideró incumplido el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro porque en él se establece el principio indemnizatorio, que se incumple si, tras un siniestro cubierto en cuanto al origen de los daños, no se ofrece ni una indemnización ni una reparación.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de automóvil.

ASUNTO:
Libre elección de taller de un perjudicado en un accidente de circulación.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 17 del reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor. También se recalcó en el informe el derecho a la indemnización plena que tienen los perjudicados en accidentes de circulación.

CONCLUSIÓN:
En la aplicación de los convenios de indemnización directa entre entidades aseguradoras, para la liquidación de siniestros de daños materiales, no pueden establecerse límites en la indemnizaciones a las victimas no previstos en la norma.

10/2020. Aplicación de una cláusula de cobertura de daños propios a un perjudicado de un accidente de la circulación

El reclamante indicaba que había resultado perjudicado en un accidente de circulación del que adjuntaba el parte amistoso firmado, y que su entidad aseguradora le imponía la reparación del vehículo en un taller concertado con la aseguradora y no en uno de confianza del reclamante.

La entidad alegaba que la razón del rehúse de la factura de reparación del vehículo asegurado era la existencia en la póliza de una cláusula limitativa, aceptada y firmada por el tomador, que establecía que, en caso de que el vehículo no fuese reparado en un taller concertado por la entidad, el asegurador quedaría exonerado del pago de la reparación.

El artículo 17 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, establece una serie de obligaciones para la aseguradora del perjudicado cuando resulten de aplicación los convenios de indemnización directa, entre ellas, la de informar a los asegurados de que en la tramitación de esos siniestros actúan en nombre y por cuenta de la aseguradora del vehículo del responsable.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que se había incumplido ese precepto al no haber dado la entidad esa información a su asegurado. Asimismo en el informe final se indicó que la entidad aseguradora tampoco había informado al reclamante de la posibilidad de reclamar ante la compañía aseguradora de la parte contraria, a efectos de obtener la oportuna oferta motivada con los requisitos que establecía el artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. La citada actuación resulta contraria a las buenas prácticas que deben regir las relaciones con los usuarios de sus servicios, conforme al criterio del Servicio de Reclamaciones.

Por último, en relación con la falta de abono de la factura de reparación por parte de la aseguradora, amparándose en una cláusula del contrato, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que no cabe aplicar ninguna limitación establecida en una póliza cuando se tramita un siniestro, derivado de la responsabilidad civil obligatoria, en virtud de los convenios de indemnización directa, suscritos entre entidades aseguradoras para la tramitación de siniestros, porque el asegurado debe ser indemnizado en su condición de tercero perjudicado y debe serlo por todos los daños y perjuicios sufridos.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de automóvil.

ASUNTO:
Solicitud de abono de la prima no consumida por disminución del riesgo en un seguro de automóvil.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones requirió a la entidad para que procediese a realizar un estudio individualizado de las circunstancias acaecidas tras la declaración del estado de alarma.

CONCLUSIÓN:
Las peticiones recibidas por las entidades aseguradoras relacionadas con la posible disminución del riesgo por el confinamiento impuesto por la declaración del estado de alarma, debieron dar lugar a un estudio individualizado del riesgo en cada contrato de seguro.

11/2020. Análisis individualizado del riesgo asegurado a causa de la declaración del estado de alarma

El reclamante manifestaba que la entidad no había atendido su petición de devolución de la prima no consumida por disminución del riesgo en sus pólizas de seguro de automóvil. El reclamante entendía que se había producido una menor siniestralidad por el confinamiento impuesto por la declaración del estado de alarma.

La entidad alegaba que la hipotética disminución del riesgo derivada del estado de alarma, no tenía relación alguna con las cuestiones sobre las que se pregunta en el momento de la contratación y que sirven para que la aseguradora valore, el riesgo, además de tratarse de medidas provisionales y excepcionales. Consideraba también que, en el caso de darse una disminución del riesgo, no correspondería la devolución de la prima del período en curso, sino la modificación de la prima del periodo siguiente.

En el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro se regula que *el tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso de contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.*

En el informe del Servicio de Reclamaciones se indicó que, por el principio de indivisibilidad de la prima, esta se debe al asegurador por todo el periodo de duración pactado, correspondiéndole por entero y no por fracciones de tiempo. En virtud de tal principio, la entidad no estaba obligada a devolver la parte de prima del periodo en curso en el momento de darse una supuesta situación de disminución del riesgo, sino que, de mantenerse esa situación, debía aplicarse una disminución del importe de la prima para periodos futuros.

En virtud de lo anterior, en el informe final del Servicio de Reclamaciones se concluyó que las circunstancias referidas al riesgo asegurado que pudieran minorarlo, derivadas de la no utilización del vehículo asegurado durante el periodo de duración del estado de alarma, debían ser consideradas individualmente en cada contrato de seguro y que debía tenerse en cuenta el horizonte temporal del seguro.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de responsabilidad civil.

ASUNTO:
Denegación del abono total del importe de los daños causados durante la realización de la actividad asegurada.

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

CONCLUSIÓN:
La falta de concreción en la redacción de los contratos no puede dar lugar a situaciones de no cobertura no contemplados expresamente en las pólizas.

12/2020. Definición del riesgo asegurado en un seguro de responsabilidad civil

El reclamante exponía que durante la realización de unos trabajos de poda y tala, propios de la actividad de jardinería, había causado daños en el suelo de la vivienda de un cliente. Al solicitar la indemnización a su aseguradora de responsabilidad civil, esta le había abonado solo una parte.

La aseguradora alegaba que, según su informe pericial, los daños reclamados no se habían producido por las labores de poda, en los términos asegurados en el contrato, sino utilizando una maquinaria pesada, en concreto una máquina de elevación, actividad no declarada en la póliza. Al ser así debía aplicarse la regla de equidad y abonarse solo una parte de los daños reclamados.

Analizada la documentación aportada al expediente, se constató que la póliza recogía como actividad objeto del seguro: *empresa de jardinería, con trabajos fuera del recinto de la empresa, sin trabajos de construcción y/o infraestructuras. En la póliza no se definían los conceptos de trabajos de construcción e infraestructuras.*

En el informe final, el Servicio de Reclamaciones consideró que, ante la falta de concreción de la actividad asegurada, habría de estarse al tenor literal de lo pactado sin que la expresión sin trabajos de construcción y/o infraestructuras, llevara, de acuerdo con el significado literal, a descartar como actividad asegurada, la poda utilizando maquinaria, como había sido el caso

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:
Seguro de responsabilidad civil.

ASUNTO:
Denegación de un siniestro por aplicación de la cláusula que define la condición de tercero perjudicado.

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

CONCLUSIÓN:
Para la aplicación de las limitaciones de un contrato debe verificarse que efectivamente se dan las circunstancias previstas en el mismo.

13/2020 Definición de la condición de tercero en un seguro de responsabilidad civil

El reclamante exponía que la aseguradora había rehusado hacerse cargo de los daños causados a un vehículo por un caballo de su propiedad y asegurado en la compañía reclamada.

La aseguradora alegaba que el reclamante tenía contratada una póliza de seguro de responsabilidad civil cuyo objeto era el caballo de su propiedad y que el vehículo perjudicado, también asegurado en la compañía y sin garantía de daños propios, era propiedad del sobrino del reclamante, figurando como conductora su hermana. En base a esta información rechazó el siniestro dada la relación de parentesco existente con el propietario y conductor del vehículo siniestrado. Por ese motivo, el propietario del vehículo que había sufrido los daños no tenía la condición de tercero.

En la póliza se recogía la definición de tercero que indicaba expresamente que es *cualquier persona física o jurídica distinta de: a) El tomador del seguro o asegurado, b) Los cónyuges, ascendientes y descendientes del tomador del seguro o del asegurado, c) Los familiares del Tomador del seguro o del Asegurado que convivan con ellos; d) Los socios, asalariados y personas que, de hecho o de derecho, dependan del Tomador del seguro o del Asegurado, mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia.*

El Servicio de Reclamaciones consideró que, aunque el propietario del vehículo perjudicado fuese sobrino del tomador del seguro, en la medida en que no había quedado acreditada la convivencia indicada en la póliza, la entidad reclamada debía proceder al pago de la indemnización. Por lo tanto, se concluyó que el rechazo al pago de la prestación por parte de la entidad reclamada constituía un incumplimiento del artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro, que obliga al pago una vez conocido un siniestro amparado por la póliza.

Capítulo III

2. Distribución

TIPO DE SEGURO:
Seguro de teléfonos móviles.

ASUNTO:
Asesoramiento realizado por parte de la correduría tras un siniestro.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que se había incumplido el artículo 155.3 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 sobre las cláusulas de los contratos en los que participan como distribuidores.

14/2020. Asesoramiento tras el acaecimiento de un siniestro

El asegurado no estaba de acuerdo con la decisión de la compañía aseguradora de no abonar un siniestro de daños en su teléfono móvil y reclamaba ante el corredor del contrato por su mal asesoramiento.

La correduría frente a la que se había presentado la reclamación alegaba que en todo momento se había atendido al reclamante en cuanto a sus solicitudes de información, añadiendo que se le asesoró en un primer siniestro y al declarar otro en el mismo periodo, se habían dado instrucciones para que se le devolviera el terminal porque en la póliza se limitaba la cobertura a un siniestro por año.

La entidad reclamada actuaba en calidad de corredor de seguros y por tanto, su actuación está sometida al 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.

El artículo 155.3 del precitado cuerpo legal establece expresamente para estos profesionales que *"Igualmente, vendrán obligados durante la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento"*.

En el expediente se aportaba la información que la correduría había ido remitiendo al asegurado durante la tramitación de los dos siniestros y resultó acreditado que no se había dado la asistencia y asesoramiento debidos, en la medida en que, tras el acaecimiento del segundo siniestro, no se informó al cliente de que si no se había superado en la indemnización del primero el importe del suma asegurada, tenía derecho a la diferencia entre esta y el importe abonado con anterioridad.

Capítulo III

3. Planes

TIPO DE CONTRATO:
Plan de pensiones.

ASUNTO:
Denegación de la solicitud de disponibilidad de un plan de pensiones por .situación de ERTE derivada del COVID-19.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad era contraria a la Disposición adicional vigésima del Real Decreto-Ley 11/2020, de 31 de marzo y al artículo 23.3 del Real Decreto-Ley 15/2020, de 21 de abril.

CONCLUSIÓN:
El cómputo establecido en el Real Decreto-Ley 11/2020, de 31 de marzo, a efectos de cuantificar el importe máximo no limita la fecha de producción del ERTE al periodo considerado a efectos del citado cómputo.

15/2020. Disponibilidad de un plan de pensiones en caso de ERTE derivado de la situación de crisis sanitaria

El reclamante exponía que se había dirigido a la entidad, dentro del plazo legal, con el objeto de hacer efectivos los derechos de su plan de pensiones, por encontrarse en situación de ERTE con motivo de la crisis generada por el virus COVID-19, y le habían denegado su solicitud por haberse iniciado el ERTE transcurrido el mes desde la finalización del estado de alarma.

La entidad alegaba que había denegado la solicitud de rescate porque no se daban los requisitos de índole temporal previstos en la normativa.

La Disposición adicional vigésima del Real Decreto-Ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, permitía al partícipe de un plan de pensiones, durante el plazo de 6 meses, que vencía el 14 de septiembre de 2020, solicitar el poder disponer de sus derechos consolidados por encontrarse en situación de ERTE derivado del COVID-19. Por su parte, el artículo 23.3 del Real Decreto-Ley 15/2020, de 21 de abril, de medidas urgentes complementarias para apoyar la economía y el empleo, hace referencia al límite en el importe a hacer efectivo que es el de *los salarios netos dejados de percibir mientras se mantenga la vigencia del ERTE con un periodo de cómputo máximo igual a la vigencia del estado de alarma más un mes adicional.*

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones indicó que, por una parte, estaba el plazo de solicitud de disposición de los derechos consolidados, que finalizaba el 14 de septiembre de 2020, y que, por otra parte, estaba el cómputo máximo a efectos de limitar el importe máximo de la disposición, que no podía entenderse en el sentido que hacía la entidad de considerar que la norma limita los supuestos de rescate a que el ERTE se produzca dentro del periodo del estado de alarma más un mes posterior, es decir hasta el 21 de julio de 2020.

Por ello, el Servicio de Reclamaciones entendió cumplidos los requisitos para que el reclamante procediera a ejercer el derecho de disposición contemplado en las normas citadas.

Capítulo IV

Información pública

Capítulo IV

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

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

Información de la página web

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

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

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

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

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

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

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

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

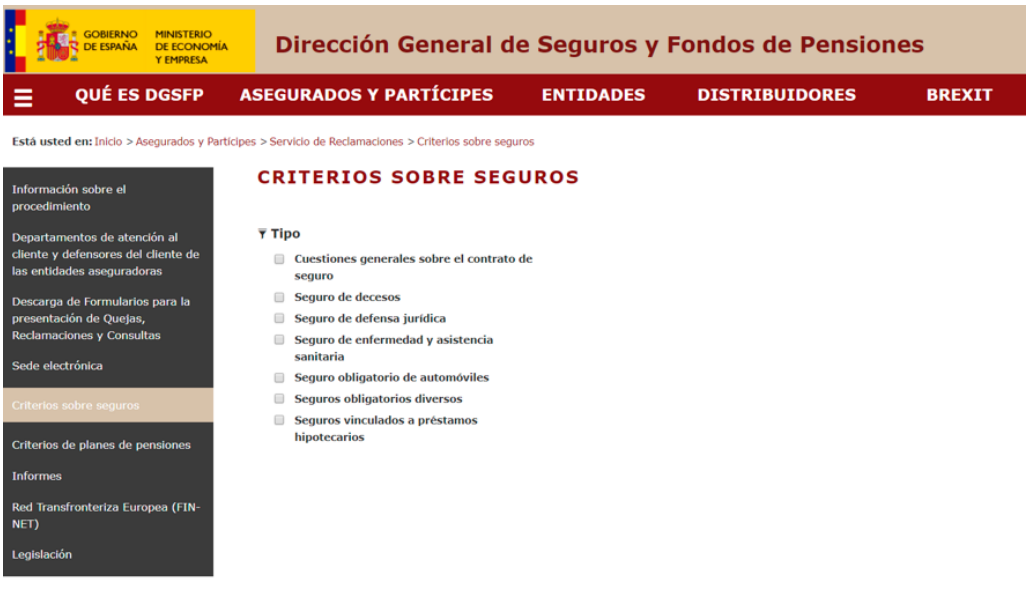
Capítulo IV

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

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

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



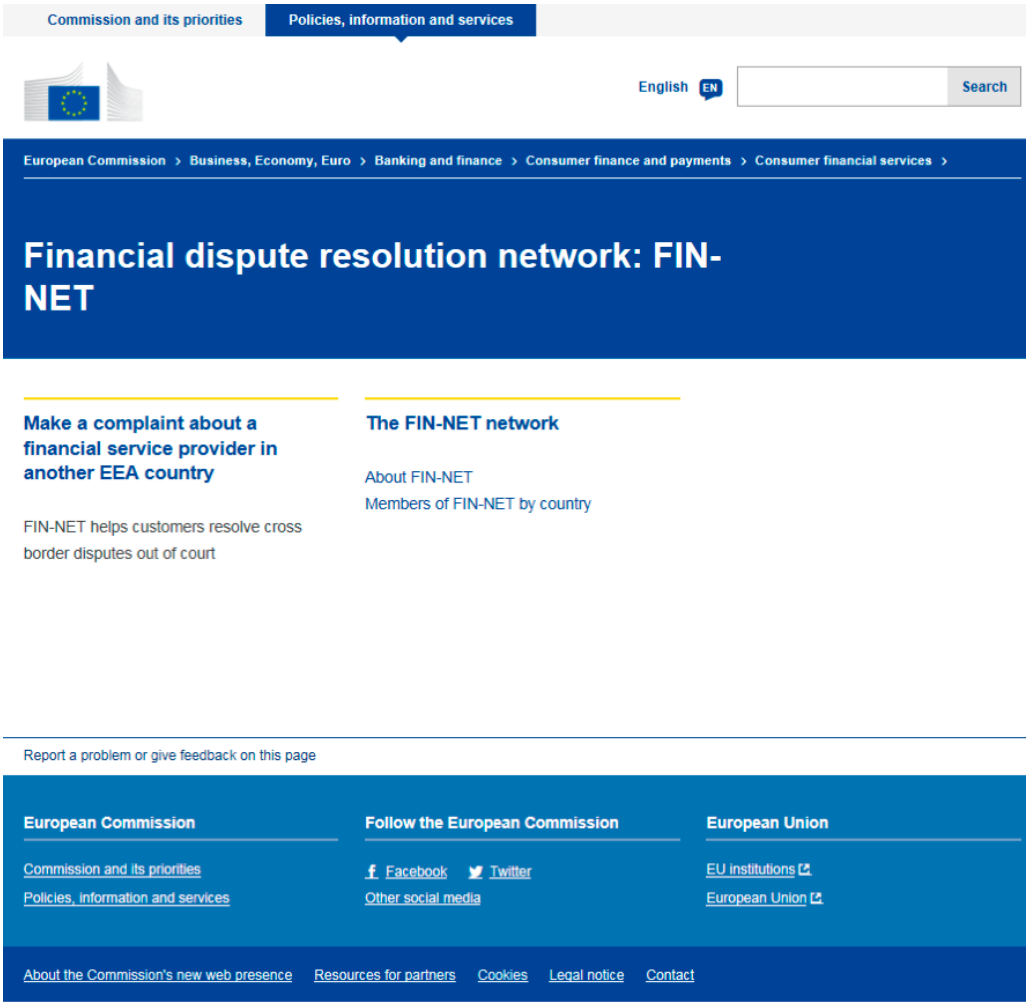


Capítulo IV

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

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



Capítulo IV

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

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

Implantación de procedimientos telemáticos

La Ley 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/*

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.sededgsfp.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.

Capítulo IV



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.

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.

Capítulo IV



Guía del asegurado y del partícipe

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

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



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 prorrogó para el período 2013-2017. Ahora mismo está vigente la renovación que abarca el periodo 2018-2021. Está prevista la firma de un nuevo convenio para el periodo 2022-2025.

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

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

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

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

Capítulo IV

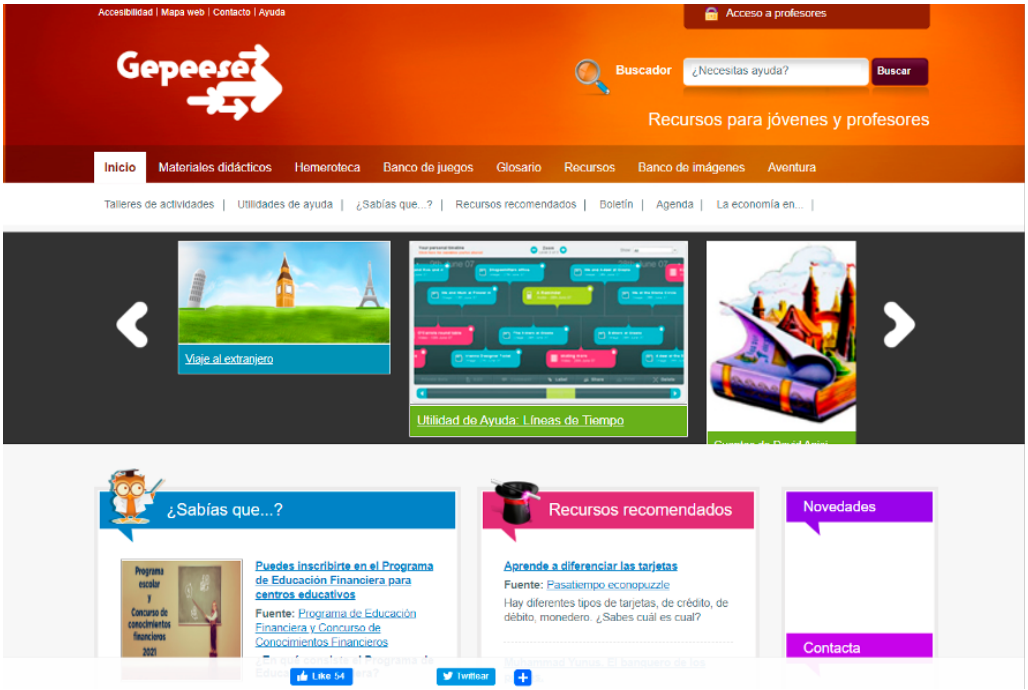


Asimismo, con la finalidad de servir de instrumento a las autoridades educativas y difundir la educación financiera entre todos los jóvenes, también se publicó, dentro del portal ***finanzasparatodos***, la página web ***gepeese***. Aquí se contienen propuestas de actividades que pueden servir como complemento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

Cabe destacar también que en el curso 2019-2020 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. En esta edición se adhirieron 472 centros educativos, abarcando casi 23.000 estudiantes y 660 profesores. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Asimismo, el día 5 de octubre de 2020 se celebró la sexta 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 138 actividades a lo largo de toda la geografía nacional. En esta edición el lema fue “Finanzas responsables, finanzas para todos”.

Capítulo IV



Tuvo lugar también en 2020, 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.

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 todos 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.

  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.

Capítulo V

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.

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.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V

- Que la factura que incorpora el coste de la reparación se haya expedido a cargo del perjudicado, incluyendo el IVA.

- Que el perjudicado/asegurado que aparece en la factura sea un empresario o profesional con derecho pleno a la deducción del impuesto.

- Que el bien objeto de reparación esté afecto a las actividades empresariales o profesionales del perjudicado/asegurado.

1.4. Seguros de hogar

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

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

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

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

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

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

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

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

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

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

Capítulo V

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, de14 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 basase en el mismo para excluir siniestros.

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

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

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

Capítulo V

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.

  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.

Capítulo V

- 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 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.

Capítulo V

1.8. Seguro de defensa jurídica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

1.10. Otras actuaciones

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

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

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

Capítulo V

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

2. Planes de pensiones

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

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

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

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

- Movilización de derechos consolidados y económicos.

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

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

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

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

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

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

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

  Con la finalidad de mejorar la transparencia en la información en estos casos, el Real Decreto 681/2014, de 1 de agosto, modificó la redacción del artículo 77 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, recogiéndose 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.

Anexos

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 2020 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
Andalucía	Almería	94	6,42
	Cádiz	267	18,23
	Córdoba	122	8,33
	Granada	137	9,35
	Huelva	58	3,96
	Jaén	108	7,37
	Málaga	315	21,50
	Sevilla	364	24,85
Andalucía		**1.465**	**15,42**
Aragón	Huesca	24	10,17
	Teruel	25	10,59
	Zaragoza	187	79,24
Aragón		**236**	**2,48**
Asturias	Asturias	209	2,20
Asturias		**209**	**2,20**
Baleares	Illes Balears	258	2,71
Baleares		**258**	**2,71**
Canarias	Palmas (Las)	139	45,87
	Santa Cruz de Tenerife	164	54,13
Canarias		**303**	**3,19**

Anexo I

Territorio		Número	%
Cantabria	Cantabria	146	1,54
Cantabria		**146**	**1,54**
Castilla la Mancha	Albacete	74	16,16
	Ciudad Real	127	27,73
	Cuenca	32	6,99
	Guadalajara	64	13,97
	Toledo	161	35,15
Castilla la Mancha		**458**	**4,82**
Castilla y León	Ávila	31	5,82
	Burgos	96	18,01
	León	96	18,01
	Palencia	31	5,82
	Salamanca	76	14,26
	Segovia	26	4,88
	Soria	19	3,56
	Valladolid	129	24,20
	Zamora	29	5,44
Castilla y León		**533**	**5,61**
Cataluña	Barcelona	866	80,71
	Girona	66	6,15
	Lleida	44	4,10
	Tarragona	97	9,04
Cataluña		**1.073**	**11,29**
Ceuta	Ceuta	7	0,07
Ceuta		**7**	**0,07**
Comunidad Valenciana	Alicante	335	34,93
	Castellón	69	7,19
	Valencia	555	57,87
Comunidad Valenciana		**959**	**10,09**
Extremadura	Badajoz	126	62,38
	Cáceres	76	37,62
Extremadura		**202**	**2,13**

Anexo I

Territorio		Número	%
Galicia	Coruña, A	266	42,63
	Lugo	78	12,50
	Ourense	48	7,69
	Pontevedra	232	37,18
Galicia		**624**	**6,57**
Madrid	Madrid	2.081	100,00
Madrid		**2.081**	**21,90**
Melilla	Melilla	6	0,06
Melilla		**6**	**0,06**
Murcia	Murcia	342	3,60
Murcia		**342**	**3,60**
Navarra	Navarra	78	0,82
Navarra		**78**	**0,82**
País Vasco	Álava	64	18,55
	Guipúzcoa	69	20,00
	Vizcaya	212	61,45
País Vasco		**345**	**3,63**
Rioja (La)	Rioja (La)	61	0,64
Rioja (La)		**61**	**0,64**
Total territorio español		**9.386**	**98,77**
Total presentados fuera del territorio español		**117**	**1,23**
Total		**9.503**	**0,64**

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 2020 según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	4.632	78,96
Mutua	447	7,62
Entidad Extranjera (Sucursal)	418	7,13
Entidad Extranjera (L.P.S.)	252	4,30
Mutualidad de Previsión Social	79	1,35
Otras Formas Jurídicas	27	0,46
Agrupaciones	11	0,18
TOTAL	**5.866**	**100**

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2019).

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

AÑO 2004

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

Anexo I

AÑO 2005

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

AÑO 2006

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

Anexo I

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

AÑO 2007

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

Anexo I

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

AÑO 2008

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

Anexo I

Seguros de personas

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

Planes de pensiones

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

Mediación

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

Comercialización por entidades de crédito

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

AÑO 2009

Seguros

Seguros de personas

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

Anexo I

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

Seguros de daños

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

Mediación

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

Planes de pensiones

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

Comercialización por entidades de crédito

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

Anexo I

AÑO 2010

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

Anexo I

AÑO 2011

Seguros

Seguros de personas

1. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.
2. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación.
3. Modificación de las condiciones inicialmente pactadas.
4. Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado.
5. Inexactitudes en el cuestionario de salud.

Seguros de daños

6. Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos.
7. Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar.
8. Falta de oferta motivada.
9. Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor.
10. Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos.
11. Cláusula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.

Mediación

12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.

Planes de pensiones

13. Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones.
14. No cobertura de la incapacidad permanente reconocida antes de la contratación del plan de pensiones.
15. Retraso en la movilización de derechos consolidados. Los sábados se consideran días hábiles a efectos de movilizaciones.

AÑO 2012

Seguros

Seguros de personas

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

Anexo I

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

AÑO 2013

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

Anexo I

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

AÑO 2014

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

AÑO 2015

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

Anexo I

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

AÑO 2016

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

Anexo I

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

AÑO 2017

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

Anexo I

AÑO 2018

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

Anexo 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.

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.*