

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

20
22



GOBIERNO
DE ESPAÑA

VICEPRESIDENCIA
PRIMERA DEL GOBIERNO

MINISTERIO
DE ASUNTOS ECONÓMICOS
Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA Y
APOYO A LA EMPRESA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS Y FONDOS
DE PENSIONES

Índice

Presentación.....	5
Capítulo I. Informe estadístico 2022.....	7
1. Cifras generales	9
2. Seguros	14
3. Distribución	36
4. Planes de pensiones	38
1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares	38
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	44
5. Unidad de atención telefónica	46
Capítulo II. Actividad de los departamentos o servicios de atención al cliente y de los defensores del cliente de las entidades aseguradoras.....	47
Capítulo III. Expedientes de especial interés	51
1. Seguros.....	54
2. Mediación	66
3. Planes de pensiones.....	67
Capítulo IV. Información pública.....	69
Capítulo V. Criterios del Servicio de Reclamaciones	79
1. Seguros.....	80
2. Planes de pensiones	95
Anexo I. Cuadros estadísticos.....	98
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 2022 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2022

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2022
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2022 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2022 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2022 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2022 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2022
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2022 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2022 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2022 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2022 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2022 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Índice

Distribución

- XI** Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2022
- XII** Reclamaciones resueltas en 2022 clasificadas por asuntos
- XIII.1** Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2022
- XIII.2** Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIV** Evolución mensual de expedientes iniciados en 2022
- XV** Reclamaciones resueltas en 2022 clasificadas por asuntos
- XVI** Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2022
- XVII** Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022 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 2022

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 2022
- 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 2022
- 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 2022. Este Servicio es el departamento de la Dirección General encargado de la protección de los derechos de los asegurados y de los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones establece las competencias que corresponden en el ámbito de los seguros privados y los planes de pensiones. Con la publicación de su informe anual pretende plasmar las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de reforzar la transparencia y las buenas prácticas que han de regir en el sector.

Evolución de las 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 2022, 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 2022 ha disminuido un 8,6% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 10.797. La disminución es de un 10,9% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de planes se ha producido un incremento del 39,4%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 9.969.
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 35,4% terminó con un informe favorable al reclamante, un 29,8% finalizó con un informe favorable a la entidad y en el restante 34,8% 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 54,3% se ha resuelto a favor del reclamante y el restante 45,7% a favor de la entidad.

Información sectorial

Como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a **expedientes de especial interés**, donde se hace referencia a una selección de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2022 que, por las particularidades que plantean, se ha considerado conveniente destacar.

El informe dedica un capítulo a los **criterios del Servicio de Reclamaciones** donde se incluye, entre otras cuestiones, una relación de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas del sector asegurador y de los planes de pensiones. Este año se incluye un criterio referido a la información previa en seguros de decesos a prima única, así como otros criterios que tienen que ver con las buenas prácticas que deben regir las relaciones de las entidades con sus clientes.

Presentación

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 2022, como en años anteriores, hay que destacar la colaboración continuada con el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, en el desarrollo del **Plan de Educación Financiera** promovido por estos dos organismos supervisores. La andadura del plan comenzó en 2008 con la firma de un convenio que

se ha renovado ya en tres ocasiones, por lo que el plan ha demostrado su vocación de permanencia. En el vigente plan cuatrienal para el periodo 2022-2025, se ha incorporado el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital como promotor del proyecto. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la undécima edición del Programa de Educación Financiera. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

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

Sergio Álvarez Camiña
Director General de Seguros
y Fondos de Pensiones



Capítulo I

**Informe
estadístico
2022**

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 2022.

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

Este capítulo se divide en cuatro apartados:

El primero, que comprende los cuadros I al IV, contiene las cifras totales de los expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones, incluyendo los referentes a la materia de seguros, distribución, y planes y fondos de pensiones.

El segundo, cuadros V al X, contiene las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.

El tercero, cuadros XI al XIII, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas frente a corredores y corredurías de seguros.

El cuarto, cuadros XIV al XVIII, contiene las cifras de los expedientes relacionados con planes y fondos de pensiones.

Conviene señalar que, al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren tanto a **expedientes iniciados**, como a **expedientes resueltos**. A efectos de esta publicación, los expedientes iniciados son los expedientes que derivan de reclamaciones, quejas o consultas, presentadas en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2022, 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 2022, independientemente de que se iniciaran en 2022 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 2022.

El cuadro I contiene las cifras del total de expedientes de consultas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y distribución, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2022 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2020	2021	2022
Enero	948	760	807
Febrero	1.035	1.183	895
Marzo	582	1.128	1.101
Abril	222	1.230	858
Mayo	379	1.203	932
Junio	1.346	1.132	955
Julio	1.001	1.019	855
Agosto	617	736	690
Septiembre	716	858	881
Octubre	1.287	906	921
Noviembre	982	954	964
Diciembre	887	709	938
TOTALES	10.002	11.818	10.797

Conviene aclarar que las cifras anteriores no incluyen las consultas ni las reclamaciones de planes de pensiones de empleo y seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones, que son atendidas por la Subdirección General de Organización, Estudios y Previsión Social Complementaria. Sumadas todas ellas se alcanza la cifra de 10.908 expedientes iniciados en 2021, frente a los 11.920 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2022. Se puede realizar una primera clasificación de los mismos distinguiendo entre los expedientes admitidos y no admitidos, estos últimos por no haber cumplido los requisitos previstos en la normativa de protección de los clientes de servicios financieros para la apertura de un procedimiento de reclamación o consulta (este año, al igual que el anterior, no se han presentado escritos de queja). Los expedientes admitidos

Capítulo I

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

Cuadro II
Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados

Período	Reclamación de seguros	Reclamación de planes	Reclamación corredores	Consultas	Consultas planes	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	509	7	3	7	5	276	807
Febrero	522	10	1	11	0	351	895
Marzo	652	28	6	14	1	400	1.101
Abril	549	18	8	15	0	268	858
Mayo	569	19	9	3	4	328	932
Junio	613	17	8	6	1	310	955
Julio	535	10	7	1	1	301	855
Agosto	384	16	13	5	2	270	690
Septiembre	508	18	17	8	2	328	881
Octubre	555	29	18	14	4	301	921
Noviembre	587	26	28	14	3	306	964
Diciembre	600	18	17	7	5	291	938
Total 2022	6.583	216	135	105	28	3.730	10.797
Total 2021	7.384	155	56	118	35	4.070	11.818
Diferencia	-801	61	79	-13	-7	-340	-1.021
% Variación	-10,85	39,35	141,07	-11,02	-20	-8,35	-8,64

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de **expedientes resueltos** por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2022. 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 2022 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 2022 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2022
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2022		
	Iniciados antes de 01/01/2022	Iniciados en 2022	Total
Reclamación de seguros	5.326	493	5.819
Reclamación de planes	185	67	252
Reclamación de corredores	30	4	34
Consulta de seguros y sobre procedimiento	26	58	84
Consulta de planes	39	11	50
Escritos no admitidos	0	3.730	3.730
TOTAL	5.606	4.363	9.969

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2022.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2022

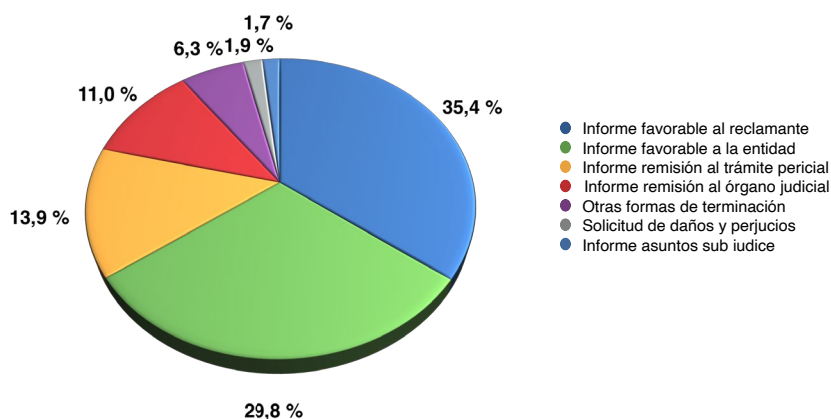
Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		6.105	61,24
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable al reclamante	2.158		
Informe favorable a la entidad	1.817		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	384		
Informe asuntos sub iúdice	105		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	851		
Informe remisión al órgano judicial pruebas)	674		
Solicitud de daños y perjuicios	116		
2) Escritos no admitidos		3.730	37,42
TOTAL RECLAMACIONES		9.835	
Consultas			
3) Resolución de consultas		134	1,34
Expedientes terminados		9.969	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 2022.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 6.105 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 61% del total de expedientes resueltos en 2022. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable al reclamante**, es decir, estimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.158, lo que supone el **35,35%** del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor de la entidad** se elevan a 1.817, lo que supone el **29,76%** 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 851, lo que representa el **13,94%** del total de reclamaciones resueltas. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración

Capítulo I

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 674 expedientes, lo que supone un **11,04%** 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 384 y suponen el **6,29%** del total de las resueltas.
- f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 116, suponiendo un **1,90%** del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- g) Por último, las 105 reclamaciones en las que el Servicio de Reclamaciones conoció, una vez iniciado el procedimiento, que el asunto había sido sometido o se encontraba **en litigio ante los tribunales de justicia**, representan el **1,72%** 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 2022 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2022

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Enero	509	262	7	7	785
Febrero	522	340	11	4	877
Marzo	652	383	14	8	1.057
Abril	549	255	15	5	824
Mayo	569	309	3	3	884
Junio	613	293	6	6	918
Julio	535	286	1	5	827

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Agosto	384	258	5	3	650
Septiembre	508	305	8	6	827
Octubre	555	287	14	3	859
Noviembre	587	289	14	6	896
Diciembre	600	279	7	3	889
Total 2022	6.583	3.546	105	59	10.293
Total 2021	7.384	3.865	118	68	11.435
Diferencia	-801	-319	-13	-9	-1.142
% Variacion	-10,85	-8,25	-11,02	-13,24	-9,99

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2022.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2022
clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2022	% S/ Total 2022	Total 2021	% S/ Total 2021	Diferencia 2022 – 2021
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	2.661	40,42	3.192	43,23	-531
Vehículos	898	13,64	805	10,90	93
Vida	841	12,78	719	9,74	122
Enfermedad	675	10,25	723	9,79	-48
Defensa jurídica	447	6,79	485	6,57	-38
Perdidas pecuniarias diversas	282	4,28	554	7,50	-272
Decesos	273	4,15	379	5,13	-106
Responsabilidad civil general	234	3,55	299	4,05	-65
Asistencia	153	2,32	115	1,56	38
Accidentes	106	1,61	104	1,41	2
Caución	13	0,20	9	0,12	4
TOTAL	6.583	100	7.384	100	-801

Capítulo I

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

El cuadro VII.1 ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2022, 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 2022
atendiendo a la materia objeto de reclamación

Vida	Nº	%
Rechazo del siniestro	184	20,61
Falta de información o información incorrecta	173	19,37
Disconformidad con el importe recibido	172	19,26
Solicitud de devolución de la prima no consumida	75	8,40
Retraso en el pago	68	7,61
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	64	7,17
Alta o modificación sin autorización del cliente	46	5,15
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	42	4,70
Aumento de prima	36	4,03
Otras materias	33	3,70
TOTAL	893	15,35

Accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	191	52,62
Disconformidad con el importe de la indemnización	88	24,24
Otras materias	35	9,64
Falta de información o información incorrecta	18	4,96
Retraso en el pago	18	4,96
Solicitud de devolución de la prima no consumida	13	3,58
TOTAL	363	6,24

Capítulo I

Enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	356	50,64
Aumento de prima	90	12,80
Disconformidad con la prestación	63	8,96
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	51	7,25
Otras materias	49	6,97
Falta de información o información incorrecta	35	4,98
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	33	4,69
Solicitud de devolución de la prima no consumida	26	3,70
TOTAL	703	12,08

Vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	145	28,60
Rechazo del siniestro	111	21,89
Solicitud de devolución de la prima no consumida	63	12,43
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	48	9,47
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	42	8,28
Otras materias	33	6,51
Aumento de prima	27	5,33
Falta de información o información incorrecta	22	4,34
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	16	3,16
TOTAL	507	8,71

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	1.088	57,35
Rechazo del siniestro	563	29,69
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	55	2,90
Otras materias	45	2,37
Aumento de prima	39	2,06
Solicitud de devolución de la prima no consumida	32	1,69
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	27	1,42

Capítulo I

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Falta de información o información incorrecta	18	0,95
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	18	0,95
Alta sin autorización del cliente	12	0,63
TOTAL	1.897	32,60

Responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	43	55,84
Disconformidad con la valoración de la indemnización	20	25,97
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	11	14,29
Otras materias	3	3,90
TOTAL	77	1,32

Caución	Nº	%
Rechazo del siniestro	1	100
TOTAL	1	0,02

Pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	295	77,63
Disconformidad con la valoración de la indemnización	47	12,37
Solicitud de devolución de la prima no consumida	18	4,74
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	10	2,63
Otras materias	10	2,63
TOTAL	380	6,53

Defensa jurídica	Nº	%
Rechazo del siniestro	193	60,31
Disconformidad con la valoración de la indemnización	76	23,75
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	30	9,38
Otras materias	21	6,56
TOTAL	320	5,50

Capítulo I

Asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	66	46,81
Disconformidad con la prestación	51	36,17
Solicitud de devolución de la prima no consumida	9	6,38
Otras materias	8	5,67
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	7	4,96
TOTAL	141	2,42

Decesos	Nº	%
Disconformidad con la devolución del exceso de suma asegurada	255	47,49
Aumento de prima	106	19,74
Rechazo de la prestación	60	11,17
Otras materias	51	9,50
Solicitud de la devolución de la prima no consumida	33	6,15
Falta de información	32	5,96
TOTAL	537	9,23

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2022	5.819	100

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

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

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

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

Capítulo I

Principales motivos de reclamación en los seguros de personas

- Seguro de vida

El primer motivo de reclamación, alrededor de un 20%, tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la aseguradora, principalmente por las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador, alegadas por la entidad. Como en años anteriores, es necesario seguir insistiendo en la importancia que tienen los cuestionarios de salud en el ramo de vida, tanto para los tomadores como para las entidades aseguradoras. Para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada por la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras deben ser igualmente conscientes del valor de los cuestionarios de salud, pues permiten seleccionar y valorar adecuadamente los riesgos antes de la contratación.

En el año 2022 el segundo de los motivos de reclamación, en torno a un 19%, tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación y/o durante la vida del contrato. Los reclamantes ponen de manifiesto la deficiente información recibida, e incluso alegan que desconocían que el producto contratado tuviese la naturaleza de un contrato de seguro en lugar de un producto bancario con liquidez garantizada. Por parte del Servicio de Reclamaciones quiere resaltarse que los nombres comerciales que se dan a los diferentes productos no deberían dejar lugar a dudas de que lo que se está contratando es un seguro; asimismo, tanto la información previa, reforzada por la normativa reciente, como la redacción del propio contrato, deben ser lo más claras y precisas posibles, aún en el caso de tratarse de productos complejos. En este sentido es fundamental incidir en la formación y en las prácticas de comercialización de todo tipo de distribuidores de seguros.

El tercero de los motivos, también alrededor del 19%, deriva de la disconformidad con el importe recibido, tanto a vencimiento como para el caso del ejercicio, por parte del tomador, del derecho de rescate. La discrepancia tiene que ver con la aplicación de gastos que figuran, o no, en el contrato; con el desconocimiento de que el importe recibido está vinculado al valor de unos activos financieros cuya identificación a veces se desconoce, etc. Teniendo en cuenta las características y complejidad de algunos seguros de vida comercializados en nuestro mercado asegurador, es fundamental que sus cláusulas se redacten de forma clara y precisa, utilizando, en la medida de lo posible, un lenguaje transparente y directo, que no pueda dar lugar a equívocos, de forma que el tomador comprenda desde el primer momento todas las características del tipo de contrato que suscribe.

- Seguro de accidentes

Casi un 53% 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 24%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que suele tener que ver con la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, casi el 51%, principalmente de nuevo por la interpretación del cuestionario de salud, pero también por los casos en los que se discute sobre si los tratamientos realizados con nuevas técnicas que se van incorporando a la práctica habitual de la medicina y que no existían en la fecha en que se contrató la póliza, están incluidos o no, dentro de las prestaciones garantizadas de acuerdo con la redacción de los contratos. Es frecuente encontrar discrepancias sobre si, no estando cubierto un tratamiento médico determinado, la exclusión se extiende o no, al resto de pruebas y consultas médicas que lleva aparejado dicho tratamiento médico.

El segundo de los motivos se refiere las subidas de prima, alrededor del 13%.

- 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 del 47%. Algunas de estas reclamaciones están relacionadas con situaciones en las que, por no haberse prestado determinados servicios incluidos en las pólizas, los reclamantes entienden que les corresponde un importe mayor que el ofrecido por la aseguradora.

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

En tercer lugar, en torno al 11%, 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.

Capítulo I

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 29% de las reclamaciones, tiene que ver con la diferente valoración de los daños que hacen las partes, que incluyen aquellas en las que la discrepancia alcanza incluso a si algunos de los daños reclamados se corresponden con el siniestro objeto de la reclamación o con siniestros anteriores y a la interpretación de las cláusulas de indemnización por el valor venal del vehículo. Si se trata de la cobertura de responsabilidad civil obligatoria el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una oferta motivada conforme a la normativa vigente.

El segundo de los motivos, casi el 22%, se refiere al rechazo del siniestro por parte de la entidad, generalmente por no coincidir los hechos declarados por el asegurado con las comprobaciones realizadas por la aseguradora, en el caso de la cobertura de daños propios, o por no quedar acreditada la responsabilidad del presunto responsable, en el caso del seguro de responsabilidad civil obligatoria. Para este último supuesto, el Servicio de Reclamaciones comprueba si la entidad cumple con los requisitos de emitir una respuesta motivada conforme a la normativa vigente.

La tercera causa de reclamación deriva de la solicitud de la devolución del importe de la prima no consumida, generalmente tras haberse vendido el vehículo asegurado, o por haberse suscrito un contrato con otra aseguradora.

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

En las reclamaciones de los ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes el asunto más destacado, el 57%, 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 30%, 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, 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 56% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen principalmente se encuentra tanto en la falta de claridad en la

Capítulo I

redacción de los contratos, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional e industrial, como en las numerosas exclusiones de este tipo de seguros.

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

- Seguro de caución

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

- Seguro de pérdidas pecuniarias diversas

En el ramo de pérdidas pecuniarias diversas el asunto que genera mayor número de reclamaciones, casi el 78%, es, de nuevo, el rechazo del siniestro por parte de la entidad.

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

En segundo lugar, estarían 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.

En tercer lugar, estarían las reclamaciones que derivan de las solicitudes de devolución de prima, muchas de ellas por la cobertura de anulación de viajes.

- Seguro de defensa jurídica

En el ramo de defensa jurídica el motivo de reclamación más numeroso, en torno al 60%, tiene que ver con el rechazo del siniestro por parte de la entidad, bien por la aplicación de exclusiones bien por la aplicación de cláusulas limitativas, muy frecuentes en este ramo.

En segundo lugar se encuentran 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.

Capítulo I

- Seguro de asistencia

En el ramo de asistencia la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, casi un 47%, 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 con la prestación del servicio de asistencia.

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

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

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

Capítulo I

Cuadro VII.2
Reclamaciones de seguros resueltas en 2022 clasificadas por ramos
atendiendo a su forma de terminación

RAMO	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Incendios y elementos naturales / otros daños a los bienes	1.897	266	262	528	27,83	508	26,78	861	45,39
Vida	893	133	301	434	48,60	206	23,07	253	28,33
Enfermedad y asistencia sanitaria	703	66	205	271	38,55	222	31,58	210	29,87
Decesos	537	40	225	265	49,35	145	27	127	23,65
Vehículos terrestres	507	102	90	192	37,87	163	32,15	152	29,98
Perdidas pecuniarias diversas	380	3	44	47	12,37	223	58,68	110	28,95
Accidentes	363	42	84	126	34,71	100	27,55	137	37,74
Defensa jurídica	320	25	137	162	50,62	84	26,25	74	23,13
Asistencia	141	3	18	21	14,89	45	31,92	75	53,19
Responsabilidad civil general	77	4	20	24	31,17	19	24,68	34	44,15
Caución	1	0	1	1	100	0	0	0	0
TOTAL	5.819	684	1.387	2.071	35,59	1.715	29,47	2.033	34,94

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 2022.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2022 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre seguro de personas	42	50
Información sobre normativa general de contrato de seguro	22	26,18
Información sobre seguros de daños	10	11,91
Información sobre cómo reclamar	10	11,91
TOTAL	84	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 2022 coinciden en líneas generales con los de los ejercicios precedentes.

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

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

En tercer lugar, se sitúan las consultas relativas a los seguros de daños. En estas consultas se solicita información generalmente relacionada con los derechos que asisten a los tomadores y asegurados de pólizas de hogar y de automóvil, tanto en caso de siniestro como en el caso de subidas de primas y otras modificaciones contractuales.

Capítulo I

Las solicitudes de información sobre el procedimiento de presentación de reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, ocupan el último lugar.

El cuadro IX.1 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas durante el año 2022. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2022, el total de reclamaciones presentadas en el año 2021, 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 2022

Denominación	Total 2022	Total 2021	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	605	715	-110	-15,38	0,1122
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	368	468	-100	-21,37	0,2697
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	363	381	-18	-4,72	0,1849
Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	330	393	-63	-16,03	0,1477
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	320	421	-101	-23,99	0,1224
Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	285	429	-144	-33,57	0,1744
Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	269	281	-12	-4,27	0,0614
Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros.	219	229	-10	-4,37	0,2141
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	193	106	87	82,08	0,0251
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija	186	188	-2	-1,06	0,0948

Capítulo I

Denominación	Total 2022	Total 2021	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija	163	165	-2	-1,21	0,4751
Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	154	137	17	12,41	0,1306
Linea Directa Aseguradora Sociedad Anónima Compañía de Seguros y Reaseguros	152	225	-73	-32,44	0,1606
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	146	124	22	17,74	0,4025
Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros	141	134	7	5,22	0,1511
Reale Seguros Generales, S.A.	135	135	0	0,00	0,1399
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	129	109	20	18,35	0,3738
Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	118	150	-32	-21,33	0,2490
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	108	139	-31	-22,30	0,0875
Zurich Insurance PLC Suc. España	81	114	-33	-28,95	Ver Nota
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	78	57	21	36,84	0,0465
White Horse Insurance Ireland DAC	74	164	-90	-54,88	Ver Nota
DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española	68	81	-13	-16,05	0,0790
Bansabadell Seguros Generales, S.A. Seg. y Reaseg.	66	62	4	6,45	0,3666
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseguros	65	66	-1	-1,52	0,0741

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2022.
- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC 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 2022 en relación al volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2022	Ratio reclamaciones
Alianza Española S.A. de Seguros La	21	31.608.912	0,6644
Nationale-Nederlanden Generales, Cia de S.	30	54.986.993	0,5456
Legalitas Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	12	22.405.704	0,5356
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	163	343.116.980	0,4751
Fénix Directo, Cia. de Sgs. y Reasgs., S.A.	15	32.728.060	0,4583
Divina Pastora Seguros Generales, S.A.	20	48.650.863	0,4111
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros S.A.	146	362.691.387	0,4025
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	129	345.063.766	0,3738
Aura, S.A. de Seguros	12	32.313.798	0,3714
Kutxabank Aseguradora Cia. Seg. y Reaseg., S.A.	41	111.644.080	0,3672
Bansabadell Seguros Generales, S.A. Seguros y Reaseguros	66	180.019.075	0,3666
Cajamar Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	36	109.540.516	0,3286
Verti Aseguradora., Cía. Seg. y Reaseg., S.A.	28	985.779.499	0,2840
Soliss Mutua de Seguros	11	39.670.411	0,2773
Caja de Seguros Reunidos, Cia. Seg. y Reas.	368	1.364.654.051	0,2697
Helvetia Cia. Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	118	473.931.381	0,2490
GACM Seguros Generales, Cia. Seguros y Reaseguros S.A.	38	165.661.835	0,2294
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	219	1.022.858.250	0,2141

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2022	Ratio reclamaciones
Preventiva Cia. Seguros y Reaseguros S.A.	23	111.345.308	0,2066
GES Seguros y Reaseguros S.A.	27	140.894.666	0,1916
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	363	1.963.646.027	0,1849
Aegon España, S.A. Seg. y Reaseg.	24	132.752.059	0,1808
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	285	1.634.482.951	0,1744
Almudena Cia. de Segs. y Reasegs. S.A.	17	99.417.030	0,1710
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg.	152	946.679.252	0,1606

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2022.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones de las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2022. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2022 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 2022. En las columnas de primas devengadas y número de reclamaciones se indica entre paréntesis el orden que ocupa la entidad atendiendo a cada una de las magnitudes.

Cuadro IX.3
Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2022 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2022	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser)	1.364.654.051 (14)	368 (2)	0,2697
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	1.022.858.250 (19)	219 (8)	0,2141
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	1.963.646.027 (7)	363 (3)	0,1849
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	1.634.482.951 (12)	285 (6)	0,1744
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg.	946.679.252 (22)	152 (13)	0,1606

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2022	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Plus Ultra Seg. Grales. y Vida, S.A. de Seg. y Reaseg.	933.063.434 (23)	141 (15)	0,1511
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	2.234.996.217 (5)	330 (4)	0,1477
Reale Seguros Generales, S.A.	964.869.583 (21)	135 (16)	0,1399
Seguros Catalana Occidente, S.A. Seguros Reaseguros	1.179.302.729 (16)	154 (12)	0,1306
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.615.039.215 (4)	320 (5)	0,1224
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.392.303.380 (2)	605 (1)	0,1122
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	1.961.776.739 (8)	186 (10)	0,0948
Liberty Seguros y Reaseguros S.A.	1.234.374.926 (15)	108 (19)	0,0875
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	861.169.690 (25)	68 (23)	0,0790
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	876.683.370 (24)	65 (25)	0,0741
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	4.382.627.652 (3)	269 (7)	0,0614
FIATC, Mutua de Seguros.y Reaseguros	806.979.510 (26)	41 (32)	0,0508
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	1.675.799.146 (10)	78 (21)	0,0465
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros.s.a.	1.413.079.312 (13)	54 (27)	0,0382
AXA Aurora Vida, S.A. de Segs. y Reasegs.	751.220.975 (27)	25 (48)	0,0333
Santander Seguros y Reaseguros, Cia. Aseg., S.A.	2.216.075.511 (6)	57 (26)	0,0257
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	7.695.202.205 (1)	193 (9)	0,0251
MAPFRE Vida S.A. de Seguros	1.662.593.636 (11)	37 (35)	0,0223
Ibercaja Vida, Cia. de Segs. y Reas. S.a	1.114.992.391 (18)	24 (49)	0,0215
Bansabadell Vida, Sdad. anon. de Sgs. y Rsgs.	1.130.360.193 (17)	22 (51)	0,0195

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2022.

Capítulo I

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2022 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 2022 en relación con el número de pólizas

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	129	1.002.086	0,01287
BBVA Allianz, Seg. y Reaseg, S.A.	146	1.250.510	0,01168
Helvetia Cia. Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	118	1.182.234	0,00998
Bansabadell Seguros Generales, S.A. Seguros y Reaseguros	66	720.680	0,00916
Caja de Seguros Reunidos, Cia. Seg. y Reas.	368	4.358.368	0,00844
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	68	816.843	0,00832
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	163	1.985.738	0,00821
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	330	4.103.428	0,00804
Plus Ultra Seg. Grales. y Vida, S.A. de Seg. y Reaseg.	141	1.794.437	0,00786
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	363	4.971.601	0,00730
Seguros Catalana Occidente, S.A. Seguros Reaseguros	154	2.395.450	0,00643
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	320	5.731.913	0,00558
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	269	5.346.782	0,00503
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	186	3.872.309	0,00480
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	78	1.750.200	0,00446
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	605	13.988.275	0,00433
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	285	7.498.816	0,00380

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	193	5.252.806	0,00367
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	219	6.671.231	0,00328
Reale Seguros Generales, S.A.	135	4.996.600	0,00270
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg. y Reaseg.	152	5.929.115	0,00256
Liberty Seguros y Reaseguros S.A.	108	4.482.976	0,00241
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	65	3.473.707	0,00187
Zurich Insurance PLC Suc. España	81	-	Ver nota
White Horse Insurance Ireland DAC	74	-	Ver nota

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2022.
- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC, 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 2022 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos** en 2022 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2022, independientemente de que estos expedientes al término del año 2022 estuviesen resueltos o no.

Capítulo I

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	571	54	122	176	30,82	216	37,83	179	31,35
Caja de Seguros Reunidos, Cia. Seg. y Reas.	379	44	49	93	24,54	144	37,99	142	37,47
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	348	28	79	107	30,75	95	27,30	146	41,95
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	305	29	62	91	29,84	114	37,38	100	32,79
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	285	42	74	116	40,70	55	19,30	114	40,00
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	261	40	60	100	38,31	77	29,50	84	32,18
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	192	36	23	59	30,73	60	31,25	73	38,02
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg. y Reaseg.	176	38	41	79	44,89	24	13,64	73	41,48
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	154	19	38	57	37,01	39	25,32	58	37,66
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	131	16	28	44	33,59	42	32,06	45	34,35
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	116	8	16	24	20,69	28	24,14	64	55,17
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	115	22	18	40	34,78	28	24,35	47	40,87
Plus Ultra Seg. Grales. y Vida, S.A. de Seg. y Reaseg.	101	10	22	32	31,68	35	34,65	34	33,66

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Liberty Seguros y Reaseguros S.A.	100	27	17	44	44,00	22	22,00	34	34,00
Seguros Catalana Occidente, S.A. Seguros Reaseguros	95	7	38	45	47,37	14	14,74	36	37,89
Reale Seguros Generales, S.A.	90	6	20	26	28,89	39	43,33	25	27,78
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	90	9	25	34	37,78	31	34,44	25	27,78
Helvetia Cia. Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	85	5	25	30	35,29	19	22,35	36	42,35
White Horse Insurance Ireland DAC	78	0	29	29	37,18	24	30,77	25	32,05
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	76	13	20	33	43,42	32	42,11	11	14,47
Santander Seguros y Reaseguros, Cia. Aseg., S.A.	75	10	22	32	42,67	20	26,67	23	30,67
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	71	5	23	28	39,44	19	26,76	24	33,80
Zurich Insurance PLC Suc. España	70	11	9	20	28,57	20	28,57	30	42,86
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	61	13	14	27	44,26	14	22,95	20	32,79
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	59	13	10	23	38,98	12	20,34	24	40,68

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

Capítulo I

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 2022 y su variación con respecto al año anterior.

Este año el incremento es significativo respecto al precedente, más del doble, aunque las reclamaciones en esta materia siguen suponiendo una cifra reducida respecto del total de reclamaciones presentadas. Cabe destacar que el incremento en 2022 tiene que ver con la concentración de reclamaciones en alguna correduría.

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2022

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Total
Enero	3	1	4
Febrero	1	0	1
Marzo	6	3	9
Abril	8	1	9
Mayo	9	4	13
Junio	8	2	10
Julio	7	2	9
Agosto	13	2	15
Septiembre	17	6	23
Octubre	18	0	18
Noviembre	28	7	35
Diciembre	17	3	20
Total 2022	135	31	166
Total 2021	56	25	81
Diferencia	79	6	85
% Variación	141,07	24	104,94

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	27	79,41
Otros motivos	7	20,59
AÑO 2022	34	100

En el siguiente cuadro se recogen las dos corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2022 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2022

Sociedades de correduría	Número	%
SFAM	87	64,44
Intermundial XXI, S.L.	12	8,89

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las cuatro corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2022 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XIII.2
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022 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	7	0	2	2	28,57	2	28,57	3	42,86
SFAM	2	1	1	2	100	0	0	0	0
AMV Hispania Correduría de Seguros S.L.	2	0	0	0	0	1	50	1	50
IATI Calzado Correduría de Seguros, S.L.	2	0	2	2	100	0	0	0	0

4. Planes de pensiones

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

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

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

El cuadro XIV proporciona información sobre el total de expedientes de reclamación y consulta relativos a planes de pensiones pertenecientes al sistema individual formuladas por particulares, presentados durante el año 2022 y clasificados por meses.

Capítulo I

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2022

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	7	5	5	1	18
Febrero	10	7	0	0	17
Marzo	28	5	1	1	35
Abril	18	7	0	0	25
Mayo	19	12	4	0	35
Junio	16	9	1	0	26
Julio	10	7	1	1	19
Agosto	16	6	2	1	25
Septiembre	18	10	2	1	31
Octubre	29	11	4	0	44
Noviembre	26	4	3	1	34
Diciembre	19	5	5	0	29
Total 2022	216	88	28	6	338
Total 2021	155	107	35	5	302
Diferencia	61	-19	-7	1	36
% Variación	39,35	-17,76	-20	20	11,92

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 2022 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 2022 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Prestaciones	58	23,02
Información, comercialización y publicidad	56	22,22
Movilización de derechos consolidados	51	20,24
Otras materias	49	19,44
Beneficiarios por fallecimiento	18	7,14
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	10	3,97
Gestión de inversiones. Comisiones	10	3,97
TOTAL	252	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2022 ha sido el relativo a **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 23,02% del total de reclamaciones resueltas.

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

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

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

El segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2022 se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto de la **comercialización de los planes de pensiones y la publicidad** realizada sobre los mismos. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan

Capítulo I

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 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

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

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

A estos efectos, el artículo 48 bis, apartado 5, del Reglamento de planes y fondos de pensiones establece que el documento donde consten las condiciones de la bonificación debe ser redactado de forma clara y comprensible, y ha de ser firmado por el comercializador y el partícipe. Asimismo, se precisa que en caso de que la obtención y

Capítulo I

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

Destacan también las reclamaciones tramitadas en relación con la **movilización de derechos consolidados**, representando un 20,24% respecto del total de reclamaciones resueltas.

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

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

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

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

Principales materias objeto de consulta

Durante el año 2022 se han resuelto 50 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, 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.

Capítulo I

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 2022.

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 2022

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa S.A. de Seguros t Reaseguros	53	24,54	36,58
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	36	16,67	9,86
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	20	9,26	12,39

NOTA:

- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2022.

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 2022 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2022
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	%				
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	36	3	11	14	38,89	12	33,33	10	27,78
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	34	3	9	12	35,29	11	32,35	11	32,35
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	27	0	5	5	18,52	13	48,15	9	33,33
Bankia Pensiones, S.A., E.G.F.P.	12	0	0	0	0	10	83,33	2	16,67
Renta 4 Pensiones, S.A., E.G.F.P.	10	0	6	6	60	2	20	2	20

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.

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 2022, en materia de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

Capítulo I

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 2022

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	75	89
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	36	39
Total 2022	111	128
Total 2021	102	118
Diferencia	9	10
% Variación	8,82	8,47

El total de expedientes **presentados** en el periodo de referencia se eleva a 111, de los cuales el 67,6% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 32,4% se refiere a consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

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

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

En total, durante el año 2022 se resolvieron 128 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2022 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 89 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 39 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

Capítulo I

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 2022 se han atendido más de 25.000 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 2022 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 2022.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2022

	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	112.635	1.912	2.166	114.801	39.669	58.489	18.009	116.167

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 2022, 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 2022 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2022 o en el año anterior y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2022 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 114.801.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2022 ha sido de 116.167, de las cuales un 34,15% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 50,35% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 15,50% 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 2022, 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
BBVA Allianz, Seg. y Reaseg. S.A.	384	146	38,02
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	814	269	33,05
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	452	78	17,26
Plus Ultra Seg. Grales. y Vida, S.A. de Seg. y Reaseg.	1.416	141	9,96
Helvetia Cia. Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	1.234	118	9,56
Seguros Catalana Occidente, S.A. Seguros Reaseguros	1.790	154	8,60

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	3.229	219	6,78
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	4.899	330	6,74
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.083	320	6,30
Reale Seguros Generales, S.A.	2.164	135	6,24
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	3055	186	6,09
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas.	6.179	368	5,96
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	10.348	605	5,85
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	3.537	193	5,46
Liberty Seguros y Reaseguros S.A.	2.109	108	5,12
Bansabadell Seguros Generales, S.A. Seguros y Reaseguros	1.551	66	4,26
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	9.781	363	3,71
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	3.595	129	3,59
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/ Fija	5.282	163	3,09
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	6.206	152	2,45
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	12.085	285	2,36
BBVAseguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	2.779	65	2,34
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	7.235	68	0,94
Zurich Insurance PLC Suc.españa	Ver nota	81	Ver nota
White Horse Insurance Ireland DAC	Ver nota	74	Ver nota

NOTA:

- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC 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 III

**xpedientes
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 2022, 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 2022, siguiendo la línea de años anteriores, se destaca la importancia de una redacción clara y precisa de los condicionados. Además, se sigue subrayando la necesidad de una mayor transparencia en la actuación de las entidades con sus clientes.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluyen varios casos de seguros de ahorro en los que se destaca la importancia de la claridad en la redacción de las cláusulas reguladoras de los contratos, especialmente en lo que se refiere al tipo de interés garantizado, así como cuestiones relacionadas con el ejercicio del derecho de desistimiento previsto en la normativa.

Se ha querido resaltar este año también, en seguros de asistencia sanitaria y de accidentes, que las entidades deben dar cumplimiento a lo pactado en los contratos sin que quepa realizar, como se señala en los casos expuestos, una interpretación restrictiva de los mismos.

En el apartado de seguros de daños se publica un criterio que se refiere a la garantía de recomposición estética, incluida en muchos seguros de hogar, en el que se indica que, salvo pacto en contrario en la póliza, el asegurado tiene derecho a la indemnización sin que pueda condicionarse la misma a la presentación de una factura que acredite la reparación del daño. El criterio es extensible a otras coberturas, en general, de los seguros de daños.

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 2022.

Capítulo III

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 2022

Seguros	
Seguros de personas	
1	Seguro de ahorro con una tasa de capitalización mínima garantizada.
2	Ejercicio del derecho de desistimiento en un seguro individual de ahorro a largo plazo.
3	Seguro de ahorro con un tipo de interés mínimo garantizado en función de la rentabilidad de unos activos financieros.
4	Denegación de la cobertura de un tratamiento de reproducción asistida en un seguro de asistencia sanitaria.
5	Denegación de un reembolso de gastos en un seguro de asistencia sanitaria.
6	Aplicación de una reducción en el importe de una prestación derivada de una incapacidad temporal.
7	Denegación del abono de parte de los gastos de asistencia sanitaria en un seguro de accidentes.
8	Aplicación de un límite conjunto en un seguro asociado a varias tarjetas bancarias de un único titular.
9	Seguro de decesos que contempla la posibilidad de optar por la cobertura de incineración en lugar de la de inhumación.
Seguros de daños	
10	Denegación del derecho al cobro de la indemnización por no aportar la factura de reparación de los daños.
11	Denegación del derecho al cobro de la indemnización por hallarse la vivienda deshabitada en el momento del siniestro.
12	Seguro de caución obligatorio de una agencia de viajes.
Distribución	
13	Asesoramiento durante la tramitación de un siniestro.
Planes de pensiones	
14	Obligación de comunicar a los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones individuales cambios en la normativa.

Capítulo III

1. Seguros

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Emisión de un suplemento del contrato con una modificación de las condiciones inicialmente pactadas.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

La posibilidad de modificar un contrato durante la vigencia del mismo, otorgada al tomador, debe realizarse en los términos pactados inicialmente.

1/2022. Seguro de ahorro con una tasa de capitalización mínima garantizada

El reclamante, tomador de dos contratos de vida, manifestaba su disconformidad con la actuación de la compañía pues esta no había atendido su solicitud de posponer la fecha de vencimiento de ambos contratos, opción contemplada en los mismos. En una de las pólizas la compañía no permitió la nueva fecha propuesta; en la otra póliza, le remitió un suplemento en el que se recogía la posibilidad de diferir el pago de las prestaciones aseguradas, pero no la de modificar la fecha de vencimiento de la póliza. Posteriormente, la entidad le envió un suplemento en el que no se recogía la revalorización mínima garantizada prevista en la póliza inicial.

La entidad aseguradora alegaba, respecto a la tasa de revalorización, que el contrato tenía garantizado un 5% de tasa nominal solo durante los diez primeros años. El compromiso finalizaba al término de ese periodo y, por error, alegaba la entidad, se había seguido reconociendo esa tasa. Para el nuevo vencimiento, solicitado por el tomador, el importe que le correspondía tendría en cuenta la tasa de revalorización determinada por la entidad al inicio de cada periodo semestral. Respecto a la petición, no atendida inicialmente, de posponer el vencimiento, la compañía reconoció finalmente en sus alegaciones tal derecho al reclamante.

En el condicionado del contrato de seguro se establecía que “el asegurador garantiza que en ningún caso la revalorización diaria se efectuará a una tasa inferior equivalente al 5% anual”. Por otra parte, en lo que se refería a los cambios en las fechas de los vencimientos se reconocía, como un derecho del tomador del seguro, la posibilidad de posponer la fecha de vencimiento del seguro señalándose que “Este cambio deberá solicitarse por escrito al asegurador y se refiere a la prórroga del seguro en base a posponer su fecha de vencimiento. Esta prórroga se podrá solicitar en cualquier fecha, siempre que dicha solicitud se curse dos meses antes de la fecha de vencimiento prevista. Durante el tiempo de prórroga se continuará con el pago de las primas previstas, bajo las mismas condiciones en que estaban en la anualidad anterior a dicha prórroga”.

A la vista de las condiciones citadas, el Servicio de Reclamaciones consideró que en el contrato se reconocía de manera clara el derecho del tomador a posponer la fecha de vencimiento del seguro, con la consiguiente aportación de primas, lo cual debía hacerse en las mismas condiciones pactadas inicialmente, es decir, a una tasa de revalorización mínima garantizada del 5% anual. En caso de no permitirse, se estaría incumpliendo el contrato de seguro suscrito inicialmente entre las partes.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida ahorro
(modalidad SIALP).

ASUNTO:

Denegación por parte de la entidad del ejercicio del derecho de desistimiento en un SIALP amparándose en una cláusula del contrato que niega ese derecho.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 83 a)1 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

El tomador de un contrato de seguro de vida individual de duración superior a seis meses tiene la facultad de resolver el contrato en el plazo de 30 días con las únicas excepciones contempladas en la Ley de Contrato de Seguro.

2/2022. Ejercicio del derecho de desistimiento en un seguro individual de ahorro a largo plazo

La reclamante en su escrito se quejaba de que su marido y ella resultaban ser los tomadores de dos contratos de seguro de vida que, según indicaba, no habían querido contratar; simplemente había solicitado información sobre el producto aunque había firmado el contrato para poder llevarse la información fuera de la oficina bancaria de venta. Al día siguiente de la operación quiso anularla y la entidad le había ofrecido el valor de rescate con la consiguiente pérdida respecto a las primas pagadas.

La entidad aseguradora alegaba, respecto al contrato de la reclamante que, tanto en la documentación precontractual como en la póliza contratada, ambas firmadas por la asegurada, se establecía, por una parte, la inexistencia de derecho al ejercicio de resolución del art. 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro, y por otra, la forma del cálculo para el caso de ejercicio del derecho de rescate. Respecto al contrato del marido de la reclamante, al no estar firmado, la entidad reconoció finalmente el derecho al importe de la diferencia entre la prima pagada y el valor de rescate ofrecido en un primer momento.

El artículo 83 a)1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro establece que “El tomador del seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.

Se exceptúan de esta facultad unilateral de resolución los contratos de seguro en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, así como los contratos en los que la rentabilidad garantizada esté en función de inversiones asignadas en los mismos. [...]”

En el seguro objeto de la reclamación, la rentabilidad estaba garantizada a vencimiento (tipo de interés cierto). Era el valor de rescate el que se calculaba en función del valor de mercado de un activo de referencia (en este caso deuda pública). Por ello, el Servicio de Reclamaciones consideró que no podía negarse la posibilidad de resolver el contrato dentro del plazo legal establecido al efecto, estando, por tanto, la entidad obligada a conceder el derecho de desistimiento a la reclamante, y, por tanto, a devolverle el importe de la prima no consumida.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Discrepancia en relación con el tipo de interés garantizado en un contrato.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido los artículos 3 y 94 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

Los contratos en los que la rentabilidad y/o el valor de rescate dependen de una cesta de activos financieros deben permitir la identificación de los mismos.

3/2022. Seguro de ahorro con un tipo de interés mínimo garantizado en función de la rentabilidad de unos activos financieros

El reclamante se quejaba de no estar obteniendo la rentabilidad esperada en un contrato de ahorro en el que era tomador y asegurado. Exponía que el seguro contemplaba la posibilidad, entre otras, de realizar disposiciones periódicas. Afirmaba haber optado por percibir una renta mensual durante un periodo de 15 años, con la hipótesis de un 2,5% de tipo de interés el primer año y un 2% para el resto de la vida de la póliza. Indicaba en su escrito de reclamación que la entidad no había cumplido con el compromiso del tipo de interés y que al solicitar conocer los activos en los que estaban materializados sus fondos, la rentabilidad media y el detalle del rating de los mismos, no obtuvo respuesta. Tasaba la pérdida económica acumulada en más de 6.000 euros, por la diferencia entre el 2% y el tipo de interés anual que le habían aplicado.

La compañía aseguradora alegaba, respecto al tipo de interés aplicado, que este evoluciona en el transcurso del tiempo, evolución de la que se informa en cada vencimiento anual, y que precisamente la póliza contratada estaba sujeta a estas variaciones, con los límites establecidos en las condiciones particulares. La entidad indicaba que, de acuerdo con el contrato, cada año se analiza el rendimiento de los activos de la cartera, compuesta por productos de renta fija, y con base a la rentabilidad se fija un tipo de interés garantizado; por la evolución de los mercados de renta fija a la baja, la rentabilidad había ido descendiendo. La rentabilidad del 2% a que se refería el reclamante era, en opinión de la entidad, estimada y sujeta a variaciones, en ningún caso estaba garantizada.

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

El artículo 94 de la misma Ley establece que “En la póliza de seguro se regularán los derechos de rescate y reducción de la suma asegurada, de modo que el asegurado pueda conocer en todo momento el correspondiente valor de rescate o de reducción.”

En la póliza se regulaba que, si bien en la primera anualidad existía un tipo de interés garantizado del 2,4%, a partir de la segunda anualidad se indicaba que “[...] anualmente y de forma anticipada se definirá un nuevo tipo de interés que será asignado a la póliza de forma mensual. Este tipo de interés no podrá ser inferior al 75% de la rentabilidad obtenida en la última anualidad vencida de la cartera de activos en la que se materializan las provisiones matemáticas asociadas a este producto menos 150 puntos básicos. [...]”

Se permitía asimismo en la póliza la disposición anticipada del producto, es decir, su rescate, haciéndolo depender del saldo acumulado, que dependía de los activos financieros asignados.

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se indicó que la entidad había incumplido el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro porque la póliza no aportaba información sobre la cesta de activos de la que dependía el tipo de interés del producto; se indicó asimismo en el informe que, dado que el valor de rescate de la póliza se calculaba en función del importe del saldo acumulado, dependiente también de la citada cesta de activos, la aseguradora estaría incumpliendo el artículo 94 de la misma Ley, pues resultaba imposible para el tomador conocer en cualquier momento el valor de rescate del producto contratado.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Denegación de la cobertura de un tratamiento de reproducción asistida por aplicación de una cláusula genérica prevista en el contrato.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

4/2022. Denegación de la cobertura de un tratamiento de reproducción asistida en un seguro de asistencia sanitaria

La reclamante manifestaba su disconformidad con el rechazo de la cobertura de un tratamiento de fecundación in vitro (en adelante FIV) solicitado e iniciado en un centro concertado con la aseguradora. Alegaba que, en su póliza, para los tratamientos de FIV, únicamente se incluía una limitación de edad, 42 años, y un número máximo de ciclos, cuatro.

La entidad alegaba que, de conformidad con lo recogido en la póliza, para recibir el tratamiento de FIV, en todo aquello que no estuviera determinado en la póliza, resultaba de aplicación la regulación contenida en la legislación vigente. Afirmaba, por ello, que debía estarse a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en virtud del cual, para aplicarse los tratamientos de reproducción humana asistida en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se debe cumplir con el criterio de tratarse de personas sin ningún hijo previo y sano, o en caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano; y como, en este caso, la reclamante y su pareja tenían ya un hijo sano, concluía la entidad que el tratamiento solicitado no podía ser cubierto.

En el contrato aportado por las partes se recogía la cobertura de reproducción asistida en los siguientes términos “Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad o infertilidad. Se incluyen todas las técnicas, diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad con arreglo a la legislación vigente y que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen: [...]”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que al incluirse en las condiciones especiales de la póliza, de forma genérica, la cobertura de los tratamientos de infertilidad con arreglo a la legislación vigente siempre que se cumpliesen determinados criterios de cobertura señalados de forma específica, entre los que no figuraba el criterio alegado por la entidad e incluido en el Real Decreto 1030/2006, el tratamiento debía ser cubierto en la medida en que en ningún caso se había puesto en duda que el tratamiento se había realizado con arreglo a la legislación vigente. Si la compañía pretendía limitar los supuestos a los contemplados en la sanidad pública estos debían estar precisados en el contrato.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria (modalidad de reembolso de gastos).

ASUNTO:

Rehúse de un siniestro ocurrido durante la participación del asegurado, como aficionado, en un evento deportivo, en virtud de una exclusión prevista en el contrato.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

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

5/2022. Denegación de un reembolso de gastos en un seguro de asistencia sanitaria

El reclamante mostraba su disconformidad con la decisión de la compañía aseguradora de no cubrir el importe de los gastos de la asistencia médica y quirúrgica que había necesitado por las lesiones derivadas de un desplazamiento de cabeza de fémur, como consecuencia de su participación en una carrera popular.

La compañía alegaba que, al haberse producido la lesión participando en una carrera deportiva, no podía dar cobertura a los gastos reclamados por resultar de aplicación una cláusula que excluía precisamente la participación en carreras deportivas.

El artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro regula, en su párrafo primero, que “[...] Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito [...]”.

La Sentencia del Tribunal Supremo (Civil Pleno) de 14 de julio de 2020 recopila la jurisprudencia de la Sala en referencia a las cláusulas limitativas; entre otras, cita la STS 58/2019 de 21 de enero, para exponer dicha doctrina: “[...] No obstante, como expresa la STS 715/2013, de 25 de noviembre, en la práctica, no siempre han sido pacíficos los perfiles que presentan las cláusulas delimitadoras del riesgo y las limitativas de los derechos del asegurado. Las fronteras entre ambas no son claras, e incluso hay supuestos en que las cláusulas que delimitan sorprendentemente el riesgo se asimilan a las limitativas de los derechos del asegurado. [...]”.

En las condiciones generales de la póliza aportada al expediente se regulaba que se excluían “Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, así como la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo (como la lidia de reses bravas) o la práctica de deportes peligrosos, incluidos los entrenamientos (tales como boxeo, actividades aéreas, de navegación o en aguas bravas, *puenting*, escalada, barranquismo, espeleología, carretas de vehículos a motor, no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada)”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula de exclusión de cobertura de la asistencia sanitaria derivada de las lesiones consecuencia de la participación como aficionado en competiciones deportivas de cualquier tipo podía tener la consideración de cláusula limitativa de los derechos de los asegurados por restringir de manera sorpresiva los derechos de los asegurados a la indemnización una vez acaecido el siniestro. Para su validez, por tanto, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 3 de la Ley de Contrato, debería haber sido aceptada específicamente por escrito por el asegurado, además de estar destacada en la póliza, requisitos que no se cumplían.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de incapacidad temporal.

ASUNTO:

Aplicación de una disminución en el importe abonado tras un siniestro por una supuesta declaración inexacta de la profesión del tomador.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

CONCLUSIÓN:

No cabe la aplicación de la reducción proporcional de la indemnización, contemplada en el artículo 10 de la Ley de Contrato de seguro, si la aseguradora no acredita haber sometido a cuestionario al tomador.

6/2022. Aplicación de una reducción en el importe de una prestación derivada de una incapacidad temporal

El reclamante exponía que la entidad había aplicado una reducción del 39% a su prestación por incapacidad temporal, en base a que no habría comunicado correctamente su profesión en el momento de la suscripción del contrato. Indicaba también que nunca había declarado la profesión que según la aseguradora constaba como declarada, que era la de empresario propietario sin trabajo manual, aclarando que su profesión, desde la fecha de contratación de la póliza, había sido siempre la de transportista.

La entidad aseguradora alegaba que, al tramitar el siniestro, se comprobó que había una modificación en la actividad profesional del reclamante con respecto a la que constaba en el cuestionario de salud, que suponía un cambio de categoría de riesgo. Por ello, había efectuado una reducción de la prestación de un 39%, por ser la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo asegurado.

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece el deber de declaración del riesgo por parte del tomador, pero le exonera de esa obligación si el asegurador no le somete a un cuestionario; en caso de reticencia o declaración inexacta del riesgo en el cuestionario las entidades pueden reducir proporcionalmente la indemnización a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Se aportaba al expediente un cuestionario de salud que no constaba firmado por el tomador. Además, los datos sobre la profesión del tomador ni siquiera estaban integrados dentro del citado cuestionario, no firmado, sino que se incluían en otro apartado de una página distinta de la solicitud de seguro, tampoco firmada por el reclamante.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que no cabía la aplicación de la reducción proporcional contemplada en el citado artículo 10 porque no se había acreditado que se hubiera sometido a cuestionario al tomador.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de accidentes.

ASUNTO:

Denegación del abono del importe de los gastos de medicamentos y el coste del material ortopédico, prescritos por un facultativo.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

7/2022. Denegación del abono de parte de los gastos de asistencia sanitaria en un seguro de accidentes

El reclamante se quejaba del importe ofrecido por la entidad como indemnización, tras haber sufrido un accidente que le había causado una fractura y varias contusiones. La compañía había abonado los honorarios médicos, pero no los gastos de medicamentos y el coste del material ortopédico, ambos prescritos por un facultativo.

La aseguradora alegaba que en la póliza no se contemplaban los gastos farmacéuticos y de ortopedia solicitados por el reclamante.

En el contrato aportado al expediente se contemplaba, en el epígrafe referido a accidentes corporales del conductor, “la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria y traslados medicalizados prescritos facultativamente, siempre que se realicen en el propio país del accidente o en España”, para, a continuación indicar, como suma asegurada, el límite de 3.000 euros.

Atendiendo a lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la garantía objeto de la controversia, cubría de forma genérica todos los gastos de asistencia sanitaria derivados de accidentes del conductor, sin establecer exclusión alguna respecto a gastos farmacéuticos, ortopédicos u de otro tipo. En consecuencia, se estimó que la entidad debía abonar los gastos sanitarios reclamados, los cuales constaban acreditados mediante las facturas correspondientes.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de accidentes.

ASUNTO:

Aplicación de un límite conjunto, no especificado en el contrato, en un seguro asociado a varias tarjetas bancarias de un único titular.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

8/2022. Aplicación de un límite conjunto en un seguro asociado a varias tarjetas bancarias de un único titular

El reclamante exponía que era el titular de tres tarjetas bancarias diferentes y que todas llevaban asociado un seguro que contemplaba la cobertura, entre otras, de la incapacidad permanente absoluta. Al declarar la situación de incapacidad, la entidad aseguradora le había abonado solo la cantidad de 6.010,12 euros con cargo a una de las tarjetas, pero no los importes contemplados en cada una de las otras dos tarjetas que ascendían a 4.666,24 euros, en una y 402,21 euros, en otra.

La entidad reclamada alegaba que se trataba de un seguro colectivo de accidentes, innominado y gratuito, en el que los asegurados eran los titulares de determinadas tarjetas bancarias. Consideraba que un cliente puede ser titular de varias tarjetas de cada modalidad, existiendo un único seguro para todas ellas y los límites debían ser aplicados al conjunto y no de manera individual a cada tarjeta.

En el extracto de condiciones del certificado de seguro aportado al expediente se indicaba que se consideran personas aseguradas por la póliza, los titulares de determinadas tarjetas emitidas por las entidades bancarias, siempre que las mismas se encuentren adheridas a la póliza de seguro de accidentes. En el apartado de garantías y sumas aseguradas del referido extracto se establecía, asimismo, para los titulares de esas tarjetas, el 100% de la suma asegurada para la cobertura de invalidez permanente absoluta; y, respecto a esa suma asegurada, se regulaba que sería equivalente a la suma de las facturas cargadas en la cuenta de la tarjeta por compras realizadas en los últimos doce meses, a contar desde la fecha del accidente, con un límite máximo de 6.010,12 euros. Finalmente, en el apartado de indemnización máxima por persona asegurada, se detallaba que "En ningún caso, una emisión duplicada de tarjetas, de cargos de viajes, o cualquier otro tipo de acumulación, obligan al pago de capitales superiores a los establecidos en el apartado de garantías y sumas aseguradas, No obstante, las sumas aseguradas por póliza son independientes a las que puedan corresponder a los asegurados por cualquier otro tipo de seguro que puedan tener concertado, así como seguros obligatorios o prestación de la Seguridad Social".

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que en los certificados individuales del seguro de cada tarjeta no se indicaba, de forma clara y precisa, que para los titulares de varias tarjetas, que no fuesen duplicadas, solo se indemnizaría hasta el límite de 6.010,12 euros, con independencia del número de tarjetas de las que se fuese titular. Por lo anterior, se indicaba en el informe final que el reclamante tenía derecho a la correspondiente indemnización del seguro por cada una de las tarjetas bancarias de las que era titular.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de decesos.

ASUNTO:

Posibilidad de optar por los servicios de incineración en lugar de por los de inhumación pactados.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad debía regular de una manera más clara el derecho, contenido en el contrato, a cambiar la forma de prestación de los servicios funerarios.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben regular de la manera más clara posible las coberturas ofrecidas.

9/2022. Seguro de decesos que contempla la posibilidad de optar por la cobertura de incineración en lugar de la de inhumación

El reclamante indicaba en su escrito de reclamación que su padre tenía contratada una póliza de seguro de decesos en la que se incluía un nicho y una lápida con inscripción, recogiendo la póliza que si los familiares deseaban la incineración en lugar de la inhumación ésta se realizaría sin coste alguno para los mismos, adaptando las prestaciones del servicio contratado. Tras el fallecimiento de su padre se optó por la incineración y cuando se solicitó el importe de la lápida y el nicho adquiridos, la entidad había rehusado atender su petición.

La entidad aseguradora alegaba que el seguro contratado permite optar por la incineración en lugar de la inhumación; añadía que la incineración, cuando se opta por ella, se realiza en lugar de la inhumación, no además de esta, por lo que, cuando se elige la incineración no se sufragan los gastos propios de la inhumación.

El artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro regula, en su párrafo primero, que “[...] Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa [...]”.

De acuerdo con la descripción del servicio fúnebre contenida en las condiciones particulares de la póliza, “[...] los causahabientes podrán optar por la incineración en lugar de la inhumación”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si se daba la posibilidad de optar por una cobertura u otra, solamente cabía una de las dos opciones, la inhumación o la incineración, de modo que, en este último caso, no se cubrirían los conceptos de la factura funeraria relacionados con la inhumación, como la lápida o el nicho. No obstante, la entidad, al no indicar claramente que determinados elementos del servicio se suprimen cuando se opta por la incineración, estaría incurriendo en un incumplimiento de los requisitos de claridad y precisión establecidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de hogar (cobertura de reparación de daños estéticos).

ASUNTO:

Denegación de la cobertura de reparación de daños estéticos por no aportarse la factura de reparación de los mismos.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que, al no condicionarse en el contrato el derecho a la indemnización a la presentación de la factura, la compañía debía indemnizar.

CONCLUSIÓN:

Con carácter general, no cabe condicionar el pago de la indemnización a la acreditación de haber reparado el daño.

10/2021. Denegación del derecho al cobro de la indemnización por no aportar la factura de reparación de los daños

El reclamante solicitaba que la entidad le abonase la cantidad correspondiente que suponía la recomposición estética de la cocina de la vivienda asegurada tras un siniestro sufrido y cubierto por la póliza. El reclamante manifestaba su disconformidad con la exigencia de la aseguradora de presentar la correspondiente factura.

La entidad alegaba que no había lugar a la indemnización solicitada por no haberse acreditado la realización de la recomposición estética.

Las condiciones generales aportadas al expediente definían la cobertura objeto de la controversia como “Los gastos necesarios para restablecer la composición estética inicial de elementos de la edificación, existente antes del siniestro [...]”. No había ninguna mención en la garantía que aludiese a la necesidad de aportar una factura.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, al no figurar en la póliza ninguna alusión a que la cobertura estuviese condicionada a la aportación de una factura que acreditase el gasto, la entidad, en cumplimiento del contrato, debía abonar la indemnización pactada.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de hogar (cobertura de robo).

ASUNTO:

Denegación de la cobertura de robo por hallarse deshabitada la vivienda en el momento del siniestro.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

11/2022. Denegación del derecho al cobro de la indemnización por hallarse la vivienda deshabitada en el momento del siniestro

El reclamante indicaba en su escrito de reclamación que se había producido un robo de joyas y otros objetos de valor en una vivienda de su propiedad y que, tras la comunicación a la entidad aseguradora, esta había enviado un perito y un cerrajero, este último para sustituir la cerradura de la puerta de acceso. Añadía que, tras esas gestiones, recibió una comunicación de la entidad aseguradora en la que se le indicaba que los hechos no iban a ser objeto de cobertura por tratarse de un hurto y no de un robo; posteriormente, tras formular una queja ante la aseguradora, esta le indicó que el inmueble estaba habitado en un 25% y la vivienda asegurada estaba deshabitada en el momento del siniestro, por lo que no iba a ser indemnizado.

La entidad aseguradora alegaba que el robo estaba excluido por estar deshabitada la vivienda en el momento del siniestro y por haber comprobado su perito que el inmueble en el que se ubicaba el riesgo estaba habitado solo en un 25%. Concluía que, por eso, solo cabía la indemnización realizada, la sustitución de la cerradura, en virtud de la cobertura de asistencia en el hogar.

En la póliza aportada al expediente se incluía la garantía de robo y la de hurto sin que, entre las exclusiones, se incluyera la limitación para la cobertura alegada por la entidad.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía aplicar una exclusión que no se había incluido en el contrato y, por ello, en cumplimiento del mismo, debía abonar la cantidad tasada por su perito.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de caución.

ASUNTO:

Denegación de un siniestro derivado de la insolvencia de la agencia de viajes.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad había incumplido el artículo 68 de la Ley de Contrato de Seguro en relación con la obligación establecida en el artículo 164 del TRLGDCU.

CONCLUSIÓN:

Los seguros que se contratan en cumplimiento de la obligación impuesta por una ley deben comprender, al menos, las coberturas contempladas en la misma.

12/2022. Seguro de caución obligatorio de una agencia de viajes

El asegurado reclamaba el importe, 1.305 euros, pagado a la agencia de viajes, tomadora de la póliza de caución objeto de la reclamación, por un viaje que esta no había podido prestar. La aseguradora de la agencia le había denegado el derecho a la indemnización.

La aseguradora alegaba que había comunicado al reclamante que, según la información de que disponía, no les constaba la insolvencia, sino la simple tramitación de un concurso de acreedores del que no sabían ni su estado actual, ni cómo podría concluir

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

El artículo 164 del Texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias establece que “1. Los organizadores y los minoristas de viajes combinados establecidos en España tendrán la obligación de constituir una garantía y adaptarla cuando sea necesario. Dicha garantía podrá constituirse mediante la creación de un fondo de garantía, la contratación de un seguro, un aval u otra garantía financiera, en los términos que determine la Administración competente. [...]”

3. La insolvencia se entenderá producida tan pronto como sea evidente que por la falta de liquidez de los empresarios los servicios de viaje dejen de ejecutarse, no vayan a ejecutarse o vayan a ejecutarse solo en parte, o cuando los prestadores de servicios requieran a los viajeros pagar por ellos. Producida la insolvencia, la garantía deberá estar disponible pudiendo el viajero acceder fácilmente a la protección garantizada. Los reembolsos correspondientes a servicios de viaje no ejecutados se efectuarán sin demora indebida previa solicitud del viajero.”

En las condiciones generales del contrato suscrito se regulaba que la póliza “[...] garantiza las obligaciones asumidas por el Tomador de la presente póliza de Seguro de Caución de constituir una garantía con carácter previo al ejercicio de su actividad para responder con carácter general del cumplimiento de las obligaciones derivadas de la prestación de sus servicios frente a las personas contratantes de viajes combinados y, especialmente, en caso de insolvencia [...]”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad habría incumplido el contrato suscrito en cumplimiento de la obligación impuesta por la normativa citada porque resultaba acreditado el incumplimiento de la obligación de prestar el servicio por parte de la agencia de viajes, tomadora de la póliza.

Capítulo III

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de teléfono móvil.

ASUNTO:

Asesoramiento realizado por parte de la correduría durante la tramitación de 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 en relación a los contratos en los que participan como distribuidores.

12/2021. Asesoramiento durante la tramitación de un siniestro

El reclamante indicaba en su reclamación que, tras un siniestro consistente en el hurto de su teléfono móvil, el corredor de la póliza que aseguraba el dispositivo le había informado que el mismo no estaba cubierto.

La correduría alegaba que en un primer momento había indicado al asegurado que el siniestro no podía ser objeto de cobertura al contener el contrato una cláusula en la que se exceptuaba la cobertura en determinados supuestos, como el ocurrido, en el que había existido una falta de la debida diligencia en la custodia del dispositivo. No obstante, alegaba que finalmente la entidad aseguradora había reconocido la indemnización por el hurto pero que esta le habría comunicado que, debido al elevado volumen de solicitudes, no estaba pudiendo cumplir con los plazos legales para el abono de las indemnizaciones.

El artículo 155 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, establece para los corredores y corredurías de seguros que “[...] 3. 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 informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que la correduría no había informado correctamente al asegurado ni sobre la cláusula de exclusión invocada por la entidad aseguradora, pues esta no parecía tener cabida en un seguro que se anunciada como un contrato de “robo y hurto por todas las causas”, ni sobre el derecho que le asistía, ante la demora en el pago de la aseguradora, de cobrar los correspondientes intereses de demora. Por lo expuesto se consideró que el mediador había incumplido el citado artículo 155.

Capítulo III

3. Planes de pensiones

TIPO CONTRATO:

Plan de pensiones individual.

ASUNTO:

Obligación de comunicar, durante la vigencia del contrato, los cambios normativos a los partícipes y los beneficiarios de planes de pensiones individuales.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones consideró que la actuación de la entidad resultaba contraria a lo previsto en el artículo 48.6 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben cumplir con sus obligaciones de información durante toda la vida del contrato.

13/2022. Obligación de comunicar a los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones individuales cambios en la normativa

El reclamante exponía que su entidad gestora no le había informado acerca de un cambio en la normativa fiscal que le había perjudicado. Indicaba que no había podido aplicarse una reducción del 40% por haber expirado el plazo establecido para su ejercicio.

La entidad alegaba que había informado al reclamante del cambio en la normativa y que en la fecha en la que el partícipe había solicitado el cobro de los derechos consolidados ya no resultaba de aplicación el beneficio fiscal al que quería acogerse el reclamante.

El artículo 48.6 del Reglamento de planes y fondos de pensiones aprobado por el Real Decreto 304/200, de 20 de febrero, establece que, con periodicidad semestral, las entidades gestoras deberán facilitar a los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales información, entre otras cuestiones, sobre las modificaciones normativas.

En el informe final del Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que, si bien la entidad había aportado al expediente un documento dirigido a los partícipes del plan en el que se hacía referencia al cambio en la legislación fiscal objeto de la reclamación, no había podido acreditar el envío de la citada comunicación al reclamante, lo que supondría un incumplimiento del citado artículo 48.6 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

Capítulo IV

Información pública

Capítulo IV

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

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

Información de la página web

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo IV

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

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

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



Capítulo IV

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

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

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

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

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

Capítulo IV

Commission and its priorities | Policies, information and services

English EN Search

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

Financial dispute resolution network: FIN-NET

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

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

The FIN-NET network

About FIN-NET
Members of FIN-NET by country

Report a problem or give feedback on this page

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

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

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

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

Implantación de procedimientos telemáticos

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ha generalizado la tramitación telemática en los procedimientos administrativos. El empleo de medios telemáticos, como forma de tramitación de las reclamaciones, quejas y consultas, agiliza los trámites de comunicación entre las entidades, los ciudadanos y la Administración, disminuye los costes y reduce el plazo de resolución de los expedientes, procurando con todo ello un reforzamiento en la eficacia de la protección de los derechos de los ciudadanos.

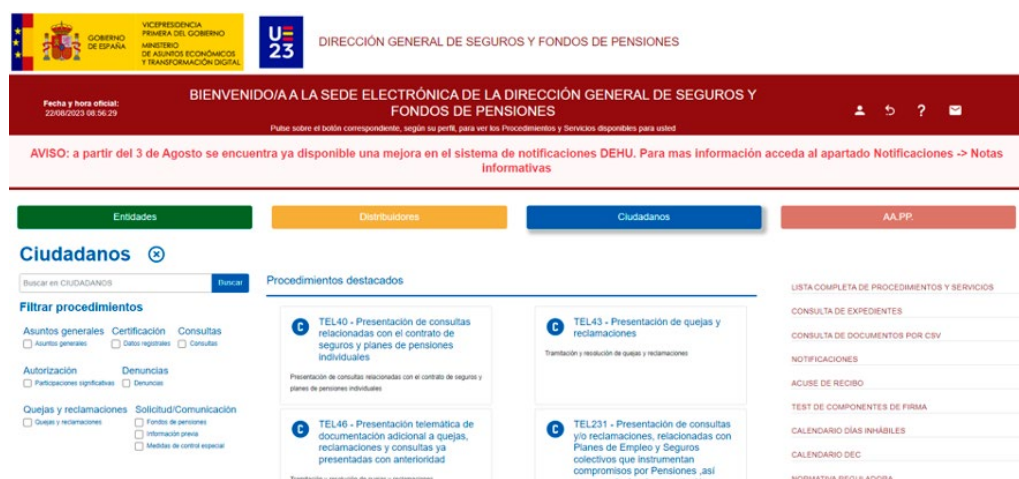
El acceso a los procedimientos telemáticos implantados en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se realiza a través de su Sede Electrónica o directamente desde el enlace <https://www.sededgsfp.gob.es/>

Capítulo IV

En la Sede Electrónica se ofrecen todos los procedimientos susceptibles de ser tramitados por medios telemáticos. Entre ellos se encuentra el de la presentación de una consulta, queja o reclamación, a través del enlace “Ciudadanos”: <https://www.sededgsfp.gob.es/es/Paginas/inicio.aspx>

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

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



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

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

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

Capítulo IV

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

Guía del asegurado y del partícipe

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

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

Está usted en: Inicio > GASPAR

GASPAR - GUÍA DEL ASEGURADO Y DEL PARTICIPE

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

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

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

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

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

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

Debido al alcance meramente informativo de esta página, se recomienda informarse previamente con las entidades y los mediadores que ofrezcan productos de seguro y planes de pensiones para conocer todas sus características y riesgos. Sobre esta base previa e imprescindible GASPAR se utiliza como elemento complementario, nunca sustitutivo.

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

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.

Capítulo IV

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

Bajo estas premisas, el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores firmaron un Convenio de colaboración para el desarrollo de un plan de educación financiera. Los compromisos y objetivos asumidos se reflejan en el Plan de Educación Financiera 2008-2012. El Plan se ha prorrogado en tres ocasiones. Se ha firmado un nuevo convenio para el periodo 2022-2025 al que el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital se ha adherido como promotor del mismo.

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

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

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

Asimismo, con la finalidad de servir de instrumento a las autoridades educativas y difundir la educación financiera entre todos los jóvenes, también se publicó, dentro del portal **finanzasparatodos**, un apartado bajo el epígrafe “aprende”, en el que se incluyen propuestas de actividades que pueden servir como complemento o alternativa a los profesores y estudiantes

Capítulo IV



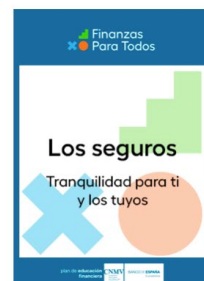
Descargar Consejos: parejas



Descargar Consejos: educación de los hijos



Descargar Consejos: jubilación



Descargar Consejos: seguros

Capítulo IV

Cabe destacar también que en el curso 2021-2022 se desarrolló una nueva edición del Programa de Educación Financiera. Este programa incluye tanto centros públicos, como privados y concertados, de todas las comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se trata de un programa destinado principalmente a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O., Bachillerato y Formación Profesional de grado medio.

Asimismo, el día 3 de octubre de 2022 se celebró la octava edición del Día de la Educación Financiera, con la finalidad de concienciar a la población de la importancia de tener una adecuada cultura financiera. Se organizaron actividades a lo largo de toda la geografía nacional. En esta edición el lema fue “Educación para unas finanzas más seguras”.

Tuvo lugar también en 2022, y dentro de las actividades del Plan de Educación Financiera, la VII 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, con referencia 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. .

A large, stylized, light red 'C' graphic composed of two overlapping curved segments, positioned on the left side of the page.

Capítulo V

Criterios del Servicio de Reclamaciones

Capítulo V

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

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

1. Seguros

1.1. Seguros de vida

1.1.1. Seguros colectivos

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

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

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

En estos expedientes se recuerda el contenido del artículo 117 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que establece la obligación de las entidades aseguradoras de entregar un certificado individual de seguro a cada asegurado. 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) n° 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 que se invierte o se usan como referencia, se realizarán por un determinado agente de cálculo, sin precisar cómo se realizan los mismos.

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

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

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

Capítulo V

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

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

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

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

- En relación con las reclamaciones referidas a seguros de vida, tanto de ahorro como de riesgo, en las que se aprecia que las acciones derivadas de los contratos habrían prescrito se considera que el hecho de que las entidades, conocedoras de la cercanía de la posibilidad de esa situación, no envíen una comunicación al beneficiario de los seguros, o al asegurado si se trata de un seguro de supervivencia, recordando la necesidad de enviar la pertinente documentación para el cobro, tiene la consideración de actuación contraria a las buenas prácticas en la medida que, siendo conscientes las entidades de esas situaciones, no adopten una actitud proactiva.

1.2. Contratos de seguros vinculados a préstamos hipotecarios

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

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

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

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

Capítulo V

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.

- Supuestos en los que en el contrato de seguro de vida vinculado al préstamo la suma asegurada no coincide con el capital pendiente de amortizar en cada momento.

En estos casos se indica que esa actuación resulta contraria a las buenas prácticas porque la finalidad del seguro es la garantía del cumplimiento de las obligaciones del contrato de préstamo, salvo que la entidad aseguradora acredite que fue el tomador el que optó por esa posibilidad (suma asegurada constante u otra modalidad diferente).

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

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

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

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

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

- La previsión en el contrato de seguro de que, en caso de cancelación anticipada del préstamo hipotecario, la entidad aseguradora devolverá el importe de la prima no consumida (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

Capítulo V

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. Contratos de seguros vinculados a préstamos al consumo

- Consecuencias de los supuestos en los que se produce demora en el pago de la prestación por parte de la aseguradora mientras los derechohabientes del asegurado siguen abonando las cuotas del préstamo, tanto capital como intereses, a la entidad financiera.

En estos supuestos la entidad prestamista puede llegar a recibir los pagos de los derechohabientes, en tanto la aseguradora no abona la indemnización, y, además, el importe del capital pendiente de amortizar en el momento del siniestro, que incluye las cuotas citadas; es decir, la entidad prestamista puede llegar a cobrar, durante el período de demora en la gestión del siniestro, un importe duplicado. Cuando se presenta la reclamación en el Servicio de Reclamaciones para recuperar las cuotas abonadas en exceso, algunas aseguradoras declinan realizar cualquier acción y remiten a los derechohabientes a la entidad financiera prestamista para obtener esas cuotas abonadas en exceso.

En estos casos se indica, por parte del Servicio de Reclamaciones, que cuando la aseguradora tiene alianzas comerciales con la entidad prestamista, aquella debe facilitar, además del motivo de la demora en la tramitación del siniestro, cualquier gestión con el prestamista que permita a los derechohabientes recuperar las cuotas abonadas, indicándose que, de no hacerlo, su actuación resultaría contraria a las buenas prácticas.

1.4. 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.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

- En caso de tramitación vía convenios, en los que no consta que se haya emitido oferta o respuesta motivada con los requisitos establecidos en el artículo 7 del texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, el hecho de que la aseguradora del perjudicado no informe acerca de la posibilidad de reclamar ante la entidad aseguradora del responsable para obtener la oportuna oferta o respuesta motivada con los requisitos que establece el precitado artículo 7, tiene la consideración de actuación contraria a las buenas prácticas.
- Asimismo se han resuelto expedientes en los que las entidades de los responsables no indemnizaron a los perjudicados en accidentes de circulación por los perjuicios, derivados y debidamente probados, de la imposibilidad de utilizar el vehículo hasta el abono de la indemnización.

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

Capítulo V

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

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

1.5. 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.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

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

Lo anterior sería válido como cláusula accesoria en la medida en 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

Capítulo V

estas condiciones generales. Este criterio es extensible a todo tipo de seguros, no solo a los de hogar.

1.6. Seguros de asistencia sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7. Contratos de asistencia en viaje

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

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

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

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

Capítulo V

- Supuestos en los 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.

- Reclamaciones en las coberturas accesorias de asistencia en viaje de las pólizas de automóvil en caso de avería de este, en las que los asegurados se quejan de que las entidades, si bien acaban prestando el servicio, éste se realiza con demora por causa no imputable al reclamante.

En estos informes se indica por parte del Servicio de Reclamaciones que tal actuación resulta contraria a las buenas prácticas si la entidad no ha realizado la asistencia en un periodo de tiempo razonable.

1.8. Seguros de incapacidad temporal

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

Se dan supuestos en los 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 del 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.

Capítulo V

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

1.9. 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.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

1.11. Seguro de decesos

- Reclamaciones que tienen que ver con la falta de información previa en los seguros a prima única.

En estos casos se indica que, en virtud del artículo 125 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la entidad tiene que acreditar que ha informado al tomador, antes de la suscripción del contrato, del importe del capital asegurado.

Capítulo V

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

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

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

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

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

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

1.13. Otras actuaciones

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

Capítulo V

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

La misma consideración tendría la práctica de no exigir el pago de las fracciones de prima posteriores a la desaparición del objeto asegurado en los seguros de daños, o al fallecimiento del asegurado en los seguros de personas, en aquellos contratos en los que se ha pactado el fraccionamiento del pago de la prima, haya habido o no una indemnización por tales supuestos (desaparición del objeto o fallecimiento del asegurado).

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

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

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

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

2. Planes de pensiones

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

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

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

Capítulo V

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

- Movilización de derechos consolidados y económicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The logo features a large, light red, sans-serif capital letter 'A' on the left. To its right, the word 'nexos' is written in a smaller, dark red, lowercase, sans-serif font. The 'A' and 'nexos' are positioned on the same horizontal baseline.

A nexos

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. Si la comunidad autónoma es uniprovincial se indica el número de expedientes y el porcentaje respecto a la cifra total.

Cuadro A.1.I
Expedientes presentados en 2022 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
	Almería	105	7,05
	Cádiz	230	15,45
	Córdoba	115	7,72
	Granada	219	14,71
	Huelva	75	5,04
	Jaén	98	6,58
	Málaga	328	22,03
	Sevilla	321	21,42
Andalucía		1.491	14,55
	Huesca	38	15,02
	Teruel	31	12,25
	Zaragoza	184	72,73
Aragón		253	2,47
Asturias		216	2,10
Baleares		223	2,17
	Palmas (Las)	157	38,39
	Santa Cruz de Tenerife	252	61,61
Canarias		409	3,99
Cantabria		146	1,43

Anexo I

Territorio		Número	%
	Albacete	79	14,34
	Ciudad Real	148	26,86
	Cuenca	58	10,53
	Guadalajara	81	14,70
	Toledo	185	33,58
Castilla-La Mancha		551	5,38
	Ávila	32	5,43
	Burgos	115	19,52
	León	133	22,58
	Palencia	25	4,24
	Salamanca	64	10,87
	Segovia	24	4,07
	Soria	12	2,04
	Valladolid	152	25,81
	Zamora	32	5,43
Castilla y León		589	5,75
	Barcelona	931	81,03
	Girona	80	6,96
	Lleida	40	3,48
	Tarragona	98	8,53
Cataluña		1.149	11,21
Ceuta		11	0,11
	Alicante	345	34,33
	Castellón	70	6,97
	Valencia	590	58,71
Comunidad Valenciana		1.005	9,81
	Badajoz	164	68,05
	Cáceres	77	31,95
Extremadura		241	2,35

Anexo I

Territorio		Número	%
	Coruña, A	552	61,74
	Lugo	56	6,26
	Ourense	67	7,49
	Pontevedra	219	24,50
Galicia		2.152	21
Madrid		4	0,04
Melilla		336	3,28
Murcia		109	1,06
Navarra		91	0,80
	Álava	63	17,21
	Guipúzcoa	71	19,40
	Vizcaya	232	63,39
País Vasco		366	3,57
Rioja (La)		104	1,01
Total territorio español		10.249	99,57
Total presentados fuera del territorio español		44	0,43
Total		10.293	100

El cuadro A.1.II muestra el número total de reclamaciones presentadas durante el año atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. La distribución de las reclamaciones sigue un esquema similar al de años precedentes. A título informativo se indica que, de las 191 entidades registradas, un 65% son sociedades anónimas, el 20% mutualidades de previsión social, y el restante 15%, mutuas de seguros.

Anexo I

Cuadro A.1.II
Expedientes de reclamaciones de seguros presentados en 2022
según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	5.465	83,02
Mutua	511	7,76
Entidad Extranjera (Sucursal)	273	4,15
Entidad Extranjera (L.P.S.)	272	4,13
Mutualidad de Previsión Social	45	0,68
Otras Formas Jurídicas	17	0,26
TOTAL	6.583	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2021).

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
<ol style="list-style-type: none">1. Designación de beneficiarios en un seguro de vida.2. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado.3. Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro.4. No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro.5. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados.6. No abono de gastos de localización de siniestros.7. Interpretación de la póliza.8. Seguro de vida para caso de fallecimiento en que la asegurada y beneficiaria son la misma persona.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none">9. Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos.10. Plan de pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación.11. Jubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera.12. Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones.13. Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable.14. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.
Mediación
<ol style="list-style-type: none">15. Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.

AÑO 2006

Seguros
<ol style="list-style-type: none">1. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos.2. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos.3. Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida.4. Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir.5. Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida.6. Información relativa a valores de rescate en seguros de vida.

Anexo I

<ol style="list-style-type: none">7. Denegación de cobertura por falta de conservación de la pieza dañada.8. Imposición de una prima única en la contratación de un seguro de vida ligado a un préstamo hipotecario.9. Denegación de cobertura de los accesorios de un vehículo.10. Gastos realizados para aminorar las consecuencias del siniestro. (Similar al caso 5/2005 del informe del año 2005)11. Publicidad sobre interés garantizado.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none">12. Errores de la entidad.13. Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe.14. Falta de información debida.15. Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada.
Mediación
<ol style="list-style-type: none">16. Asesoramiento incorrecto.17. No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor.18. Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.
Comercialización por entidades de crédito
<ol style="list-style-type: none">19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

AÑO 2007

Seguros
<ol style="list-style-type: none">1. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico.2. Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles.3. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.4. Falta de defensa de los intereses del reclamante.5. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.6. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.7. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.8. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.

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
<ol style="list-style-type: none">1. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.2. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación.3. Modificación de las condiciones inicialmente pactadas.4. Falta de designación de activos en un plan de previsión asegurado.5. Inexactitudes en el cuestionario de salud.
Seguros de daños
<ol style="list-style-type: none">6. Devolución de prima en un seguro de responsabilidad civil de arquitectos.7. Cobertura de responsabilidad civil inmobiliaria de una póliza de hogar.8. Falta de oferta motivada.9. Solicitud en un seguro de responsabilidad civil obligatoria de vehículos a motor.10. Exclusión de cobertura en el seguro obligatorio de vehículos.11. Cláusula de renuncia a la aplicación de la regla proporcional.
Mediación
<ol style="list-style-type: none">12. Incumplimiento de los deberes de información por parte de la Correduría.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none">13. Inexactitud en la información proporcionada sobre el valor de traspaso de los derechos consolidados en un plan de pensiones.14. No cobertura de la incapacidad permanente reconocida antes de la contratación del plan de pensiones.15. Retraso en la movilización de derechos consolidados. Los sábados se consideran días hábiles a efectos de movilizaciones.

AÑO 2012

Seguros
Seguros de personas
<ol style="list-style-type: none">1. Rechazo del pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad preexistente.2. Inicio del devengo de la prestación por incapacidad temporal.3. Rechazo de cobertura de intervención quirúrgica por aplicación de nuevas técnicas.4. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud.

Anexo I

<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza. 6. Oposición a la prórroga. 7. Gastos por desistimiento en la contratación a distancia. 8. Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro. 9. Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.
Mediación
<ol style="list-style-type: none"> 10. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 7. Información a suministrar en la oposición a la prórroga.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none">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 <ol style="list-style-type: none">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
<ol style="list-style-type: none">14. Asesoramiento en un seguro de una comunidad de propietarios.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none">15. Incumplimiento de la resolución emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora.

AÑO 2020

Seguros
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none">1. Designación de beneficiario en un seguro de vida.2. Abono parcial del importe de la indemnización por derivar el siniestro de una enfermedad preexistente.3. Denegación del pago de una prestación por incapacidad permanente absoluta.4. Denegación de una prueba PCR por aplicación de una cláusula de exclusión de epidemias oficialmente declaradas.

Anexo I

<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 14. Asesoramiento tras la comunicación de un siniestro.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> 15. Disponibilidad de un plan de pensiones en caso de ERTE derivado de la situación de crisis sanitaria.

AÑO 2021

Seguros
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de los derechos económicos en un plan individual de ahorro sistemático (PIAS). 2. Cálculo del importe de los gastos en un plan de previsión asegurado. 3. Denegación del pago de una prestación de incapacidad temporal en un seguro vinculado a un préstamo. 4. Denegación del pago de una prestación de incapacidad permanente total. 5. Solicitud de devolución de la prima abonada por el tomador de un contrato de seguro obligatorio de viajeros. 6. Discrepancia en el importe de la suma asegurada en un seguro de vida con cobertura adicional de decesos. 7. Denegación de la prestación de parte de los servicios incluidos en un seguro de decesos.

Anexo I

Seguros de daños
8. Desatención reiterada en la tramitación de un siniestro en un seguro de caución a favor de Administraciones Públicas.
9. Denegación de la cobertura de responsabilidad civil en un seguro de edificios de viviendas.
10. Condiciones generales de un seguro de hogar con remisión a la página web de la entidad aseguradora para la regulación de determinadas coberturas.
11. Delimitación de la cobertura de responsabilidad civil de explotación en un seguro multirriesgo industrial.
Distribución
12. Asesoramiento en el cambio de entidad aseguradora en un seguro obligatorio del automóvil.
Planes de pensiones
13. Penalización aplicada por incumplimiento del plazo de permanencia.

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.

