

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

20
23



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA, COMERCIO
Y EMPRESA

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 2023.....	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	39
2. Reclamaciones y consultas sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares	44
5. Unidad de atención telefónica	45
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	69
3. Planes de pensiones.....	70
Capítulo IV. Información pública.....	71
Capítulo V. Criterios del Servicio de Reclamaciones	81
1. Seguros.....	82
2. Planes de pensiones	98
Anexo I. Cuadros estadísticos.	102
Anexo II. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones.....	122

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 2023 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2023

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2023
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2023 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2023 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2023 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2023 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2023 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2023 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2023 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2023 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2023 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Distribución

- XI Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2023
- XII Reclamaciones resueltas en 2023 clasificadas por asuntos
- XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023

Índice

XIII.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

XIV Evolución mensual de expedientes iniciados en 2023

XV Reclamaciones resueltas en 2023 clasificadas por asuntos

XVI Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023

XVII Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 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 2023

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 2023

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 2023

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 2023. 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 2023, 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 2023 ha aumentado un 24,05% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 13.394. el incremento es de un 25,51% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades aseguradoras, mientras que en reclamaciones de

planes se ha producido una disminución del 20,37%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 9.286.
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 37,6% terminó con un informe favorable al reclamante, un 25,3% finalizó con un informe favorable a la entidad y en el restante 37,1% 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 59,8% se ha resuelto a favor del reclamante y el restante 40,2% 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 2023 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 novedosa regulación del derecho al olvido oncológico en seguros de asistencia sanitaria, así como otros criterios

Presentación

que tienen que ver con las buenas prácticas que deben regir las relaciones de las entidades con sus clientes.

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

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

Entre las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2023, 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**. 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 Economía, Comercio y Empresa como promotor del proyecto. Entre las acciones llevadas a cabo en desarrollo del plan se encuentra la duodécima 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, me gustaría 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.

José Antonio Fernández de Pinto
**Director General de Seguros
y Fondos de Pensiones**



Capítulo I

**Informe
estadístico
2023**

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 2023.

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 2023, 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 2023, independientemente de que se iniciaran en 2023 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 2023.

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 2023 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2021	2022	2023
Enero	760	807	1.001
Febrero	1.183	895	1.102
Marzo	1.128	1.101	1.299
Abril	1.230	858	1.055
Mayo	1.203	932	1.233
Junio	1.132	955	1.263
Julio	1.019	855	1.130
Agosto	736	690	812
Septiembre	858	881	1.042
Octubre	906	921	1.141
Noviembre	954	964	1.266
Diciembre	709	938	1.050
TOTALES	11.818	10.797	13.394

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 13.519 expedientes iniciados en 2023, frente a los 10.908 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2023. 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 de corredores	Consultas	Consultas de planes	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	674	16	26	10	1	274	1.001
Febrero	714	13	38	12	4	321	1.102
Marzo	832	23	39	5	3	397	1.299
Abril	714	21	31	6	4	279	1.055
Mayo	775	25	42	11	3	377	1.233
Junio	785	19	43	8	0	408	1.263
Julio	699	11	44	10	2	364	1.130
Agosto	471	8	37	4	1	291	812
Septiembre	558	10	38	9	4	423	1.042
Octubre	690	11	44	10	3	383	1.141
Noviembre	761	8	37	13	5	442	1.266
Diciembre	589	7	20	16	7	411	1.050
TOTAL 2023	8.262	172	439	114	37	4.370	13.394
TOTAL 2022	6.583	216	135	105	28	3.730	10.797
DIFERENCIA	1.679	-44	304	9	9	640	2.597
% VARIACIÓN	25,51	-20,37	225,19	8,57	32,14	17,16	24,05

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de **expedientes resueltos** por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2023. 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 2023 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 2023 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2023
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2023		
	Iniciados antes de 01/01/2023	Iniciados en 2023	Total
Reclamación de seguros	4.066	533	4.599
Reclamación de planes	97	2	99
Reclamación de corredores	54	39	93
Consulta de seguros y sobre procedimiento	23	70	93
Consulta de planes	12	20	32
Escritos no admitidos	0	4.370	4.370
TOTAL	4.252	5.034	9.286

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2023.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2023

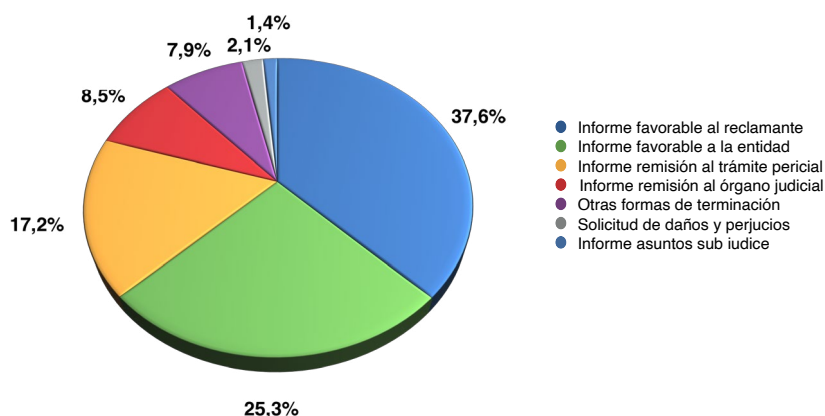
Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		4.791	51,59
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable al reclamante	1.802		
Informe favorable a la entidad	1.210		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	377		
Informe asuntos sub iúdice	67		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	825		
Informe remisión al órgano judicial pruebas)	408		
Solicitud de daños y perjuicios	102		
2) Escritos no admitidos		4.370	47,06
TOTAL RECLAMACIONES		9.161	
Consultas			
3) Resolución de consultas		125	1,35
Expedientes terminados		9.286	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 2023.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 4.791 son **expedientes de reclamación**, lo que supone el 52% del total de expedientes resueltos en 2023. 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 1.802, lo que supone el **37,61%** del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor de la entidad** se elevan a 1.210, lo que supone el **25,26%** 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 825, lo que representa el **17,22%** 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 408 expedientes, lo que supone un **8,52%** 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 377 y suponen el **7,87%** del total de las resueltas.
- f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 102, suponiendo un **2,13%** del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- g) Por último, las 67 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 **1,40%** 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 2023 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2023

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Enero	674	260	10	5	949
Febrero	714	314	12	5	1.045
Marzo	832	394	5	1	1.232
Abril	714	270	6	2	992
Mayo	775	363	11	3	1.152
Junio	785	395	8	1	1.189
Julio	699	348	10	5	1.062

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Agosto	471	280	4	2	757
Septiembre	558	406	9	5	978
Octubre	690	366	10	4	1.070
Noviembre	761	426	13	3	1.203
Diciembre	589	391	16	0	996
TOTAL 2023	8.262	4.213	114	36	12.625
TOTAL 2022	6.583	3.546	105	59	10.293
DIFERENCIA	1.679	667	9	-23	2.332
% VARIACIÓN	25,51	18,81	8,57	-38,98	22,66

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2023.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2023
clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2023	% S/ Total 2023	Total 2022	% S/ Total 2022	Diferencia 2023 – 2022
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	3.458	41,85	2.661	40,42	797
Vehículos	1.486	17,99	898	13,64	588
Vida	1.093	13,23	841	12,78	252
Enfermedad	812	9,83	675	10,25	137
Perdidas pecuniarias diversas	356	4,31	282	4,28	74
Decesos	264	3,20	273	4,15	-9
Defensa jurídica	248	3,00	447	6,79	-199
Responsabilidad civil general	247	2,99	234	3,55	13
Asistencia	184	2,23	153	2,32	31
Accidentes	113	1,36	106	1,61	7
Caución	1	0,01	13	0,20	-12
TOTAL	8.262	100	6.583	100	1.679

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 2023, 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 2023
atendiendo a la materia objeto de reclamación

Vida	Nº	%
Rechazo del siniestro	206	25,75
Disconformidad con el importe recibido	184	23,00
Falta de información o información incorrecta	119	14,88
Retraso en el pago	72	9,00
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	57	7,13
Devolución de prima no consumida	45	5,63
Otras materias	33	4,13
Aumento de prima	32	4,00
Alta sin autorización del tomador	27	3,38
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	25	3,13
TOTAL	800	17,40

Accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	48	52,75
Disconformidad con el importe de la indemnización	22	24,18
Otras materias	13	14,29
Falta de información o información incorrecta	5	5,49
Retraso en el pago	3	3,30
TOTAL	91	1,98

Capítulo I

Enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	278	52,16
Disconformidad con la prestación	61	11,44
Aumento de prima	50	9,38
Falta de información o información incorrecta	45	8,44
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	32	6,00
Otras materias	31	5,82
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	22	4,13
Solicitud de devolución de la prima no consumida	14	2,63
TOTAL	533	11,59

Vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	46	29,87
Rechazo del siniestro	42	27,27
Solicitud de devolución de la prima no consumida	18	11,69
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	16	10,39
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	16	10,39
Aumento de prima	5	3,25
Falta de información o información incorrecta	4	2,60
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	4	2,60
Otras materias	3	1,95
TOTAL	154	3,35

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	1.030	54,79
Rechazo del siniestro	606	32,23
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	58	3,09
Otras materias	44	2,34
Solicitud de devolución de la prima no consumida	40	2,13
Aumento de prima	28	1,49
Retraso en el pago o la tramitación del siniestro	26	1,38

Capítulo I

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	20	1,06
Falta de información o información incorrecta	15	0,80
Alta sin autorización del cliente	13	0,69
TOTAL	1.880	40,88

Responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	23	48,94
Disconformidad con la valoración de la indemnización	16	34,04
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	4	8,51
Otras materias	4	8,51
TOTAL	47	1,02

Caución	Nº	%
Rechazo del siniestro	2	100
TOTAL	2	0,04

Pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	199	78,04
Disconformidad con la valoración de la indemnización	31	12,16
Solicitud de devolución de la prima no consumida	11	4,31
Otras materias	10	3,92
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	4	1,57
TOTAL	255	5,54

Defensa jurídica	Nº	%
Rechazo del siniestro	71	55,47
Disconformidad con la valoración de la indemnización	32	25,00
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	16	12,50
Otras materias	9	7,03
TOTAL	128	2,78

Capítulo I

Asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	119	72,56
Disconformidad con la prestación	28	17,07
Retraso en el pago o en la tramitación del siniestro	8	4,88
Solicitud de devolución de la prima no consumida	5	3,05
Otras materias	4	2,44
TOTAL	164	3,57

Decesos	Nº	%
Disconformidad con la devolución del exceso de suma asegurada	229	42,02
Aumento de prima	104	19,08
Rechazo de la prestación	78	14,31
Otras materias	66	12,11
Falta de información	42	7,71
Solicitud de la devolución de la prima no consumida	26	4,77
TOTAL	545	11,85

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2023	4.599	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, más de un 25%, tiene que ver con el rehúse del siniestro por parte de la aseguradora, principalmente por las inexactitudes en la declaración del riesgo del tomador, alegadas por la entidad. Como en años anteriores, es necesario seguir insistiendo en la importancia que tienen los cuestionarios de salud en el ramo de vida, tanto para los tomadores como para las entidades aseguradoras. Para los tomadores es fundamental que contesten de manera veraz al cuestionario, pues en caso contrario, la prestación inicialmente pactada puede reducirse o, incluso, no ser abonada por la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras deben ser igualmente conscientes del valor de los cuestionarios de salud, pues permiten seleccionar y valorar adecuadamente los riesgos antes de la contratación.

El segundo de los motivos, el 23%, 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, resulta 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.

En el año 2023 el tercero de los motivos de reclamación, en torno a un 15%, 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.

- 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 rechazo del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, en torno al 52%, 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, en torno al 11%, tiene que ver principalmente con la disconformidad en la prestación del servicio en los contratos en los que la asistencia se presta a través de cuadro médico o con el importe recibido, en el caso de los seguros de reembolso de gastos o de incapacidad temporal, y el tercero, el 9%, se refiere a las subidas de prima.

- 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, en torno al 42%. 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, en torno al 19%, 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 14%, 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 30% 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, en torno al 27%, 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 la desaparición del mismo.

- 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 55%, 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 32%, 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 49% de los expedientes resueltos versan sobre el rechazo del siniestro y el origen principalmente se encuentra tanto en la falta de claridad en la

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 han resuelto dos reclamaciones y el asunto tenía que ver, en ambas, 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.

- Seguro de defensa jurídica

En el ramo de defensa jurídica el motivo de reclamación más numeroso, en torno al 55%, 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, en torno al 73%, 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 2023 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	1.880	143	301	444	23,62	471	25,05	965	51,33
Vida	800	219	260	479	59,88	144	18,00	177	22,12
Decesos	545	46	245	291	53,39	129	23,67	125	22,94
Enfermedad y Asistencia Sanitaria	533	80	165	245	45,97	156	29,27	132	24,76
Perdidas Pecuniarias Diversas	255	1	39	40	15,68	100	39,22	115	45,10
Asistencia	164	2	28	30	18,29	57	34,76	77	46,95
Vehículos Terrestres	154	29	36	65	42,21	37	24,03	52	33,76
Defensa Jurídica	128	7	41	48	37,50	41	32,03	39	30,47
Accidentes	91	4	16	20	21,98	24	26,37	47	51,65
Responsabilidad Civil General	47	5	20	25	53,19	8	17,02	14	29,79
Caución	2	1	1	2	100	0	0	0	0
TOTAL	4.599	537	1.152	1.689	36,73	1.167	25,38	1.743	37,89

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 2023.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2023 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre seguro de personas	59	63,44
Información sobre normativa general de contrato de seguro	24	25,81
Información sobre seguros de daños	6	6,45
Información sobre cómo reclamar	4	4,30
TOTAL	93	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 2023 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 Economía, Comercio y Empresa no posee ningún registro sobre contratos de seguro; no obstante, se informa a los interesados de que existe un Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento dependiente del Ministerio de Justicia. Asimismo, es relevante señalar que, tras la crisis financiera, los ciudadanos muestran su preocupación por la solvencia de las entidades aseguradoras; en estos casos se informa acerca de los mecanismos de control sobre el sector asegurador en España, sobre las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros en la liquidación de entidades aseguradoras, así como de la obligación que ha establecido la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, de publicación, por parte de las entidades, de un informe anual sobre su situación financiera y de solvencia.

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 2023. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2023, el total de reclamaciones presentadas en el año 2022, 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 2023

Denominación	Total 2023	Total 2022	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	734	605	129	21,32	0,1278
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas	499	368	131	35,60	0,3147
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	494	363	131	36,09	0,2353
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	410	193	217	112,44	0,0360
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	400	320	80	25,00	0,1428
Occident GCO, Sociedad Anónima de Seg. y Reaseguros (Ver nota)	358	330	28	8,48	0,1244
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	344	330	14	4,24	0,1439
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	334	285	49	17,19	0,1924
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	294	186	108	58,06	0,1384
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	281	269	12	4,46	0,0602
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	220	152	68	44,74	0,2260

Capítulo I

Denominación	Total 2023	Total 2022	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	200	163	37	22,70	0,5332
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	168	219	-51	-23,29	0,1594
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	162	129	33	25,58	0,4738
Reale Seguros Generales, S.A.	157	135	22	16,30	0,1538
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	151	146	5	3,42	0,3407
Axeria Iard Ltd Company	129	49	80	163,27	Ver nota
BBVASeguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	126	65	61	93,85	0,0958
Zurich Insurance Europe Ag, Sucursal en España	122	81	41	50,62	Ver nota
Helvetia Cia Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	117	118	-1	-0,85	0,2254
Generali Seguros y Reaseguros S.A. (Ver nota)	100	108	-8	-7,41	0,0784
White Horse Insurance Ireland DAC	91	74	17	22,97	Ver nota
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	87	68	19	27,94	0,0932
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	86	78	8	10,26	0,0456
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros. S.A.	86	54	32	59,26	0,0581

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2023.
- Por la Orden ECM/1442/2023, de 22 de diciembre, se autorizó la fusión por absorción de BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS y REASEGUROS, PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES y VIDA, SA, DE SEGUROS y REASEGUROS y GCO REASEGUROS, SAU, por SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG y REASEGUROS y esta última cambió su denominación por OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG y REASEGUROS. Los datos de número de reclamaciones aglutinan, por tanto, los de las entidades absorbidas.
- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA, WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC y AXERIA IARD LTD COMPANY no puede indicarse el ratio, ya que al ser entidades que operan a través de sucursal o en régimen de libre prestación de servicios, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS y REASEGUROS, S.A. cambió su denominación por la de GENERALI SEGUROS y REASEGUROS S.A.

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 2023 en relación al volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2023	Ratio reclamaciones
Nationale-Nederlanden Generales, Cia de S.	61	63.176.502	0,9655
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	200	375.068.681	0,5332
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	162	341.886.866	0,4738
Bansabadell Seguros Generales, S.A. Seguros y Reaseguros	68	184.212.047	0,3691
Kutxabank Aseguradora Cia. Seg. y Reaseg., S.A.	41	115.611.730	0,3546
Cajamar Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	40	113.071.000	0,3538
Alianza Española S.A. de Seguros La	11	31.174.951	0,3528
IMA Ibérica Seguros y Reaseguros, S.A.	11	32.002.769	0,3437
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	151	443.230.133	0,3407
Divina Pastora Seguros Generales, S.A.	26	81.236.135	0,3201
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas	499	1.585.800.345	0,3147
Aura, S.A. de Seguros	11	36.307.526	0,3030
Mutua Mmt, Sociedad de Segs A P. Fija	18	60.671.215	0,2967
Soliss Mutua de Seguros	12	44.325.391	0,2707
Verti Aseguradora., Cía. Seg. y Reaseg., S.A.	31	114.742.804	0,2702
Almudena Cia. de Segs. y Reasegs. S.A.	26	103.011.204	0,2524
GACM Seguros Generales, Cia Seguros y Reaseguros S.A.	41	167.245.989	0,2451
Santander Vida Seguros y Resaseguros, S.A.	67	284.486.014	0,2355
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	494	2.099.081.668	0,2353
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	220	973.281.043	0,2260
Helvetia Cia Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	117	518.972.879	0,2254

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2023	Ratio reclamaciones
Nortehispana de Seguros y Reaseguros S.A.	46	222.353.620	0,2069
Preventiva Cia. Seguros y Reaseguros S.A.	25	124.304.281	0,2011
Aegon España, S.A. Seg. y Reaseg.	27	138.163.800	0,1954
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	334	1.735.673.671	0,1924

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2023.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones correspondientes a las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2023. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2023 y el ratio de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas. 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 2023 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2023	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas.	1.585.800.345 (16)	499 (2)	0,3147
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	2.099.081.668 (12)	494 (3)	0,2353
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	973.281.043 (24)	220 (11)	0,2260
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	1.735.673.671 (15)	334 (8)	0,1924
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	1.053.861.978 (22)	168 (13)	0,1594
Reale Seguros Generales, S.A.	1.020.688.320 (23)	157 (15)	0,1538
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	2.390.090.422 (9)	344 (7)	0,1439
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	2.801.650.668 (5)	400 (5)	0,1428
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	2.123.904.413 (11)	294 (9)	0,1384

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2023	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	5.742.395.521 (2)	734 (1)	0,1278
Occident GCO, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (Ver Nota)	2.878.124.244 (4)	358 (6)	0,1244
BBVA Seguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	1.314.880.155 (19)	126 (18)	0,0958
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	933.101.013 (25)	87 (23)	0,0932
Generali Seguros y Reaseguros S.A.	1.275.686.579 (20)	100 (21)	0,0784
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	4.670.213.997 (3)	281 (10)	0,0602
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros. S.A.	1.480.748.153 (18)	86 (25)	0,0581
FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros	856.782.720 (26)	46 (34)	0,0537
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	1.884.498.592 (13)	86 (24)	0,0456
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	11.373.656.767 (1)	410 (4)	0,0360
Santander Seguros y Reaseguros, Cia Aseg., S.A.	2.649.098.186 (6)	58 (32)	0,0219
Ibercaja Vida, Cia. de Segs. y Reas. S.A.	1.779.180.971 (14)	34 (46)	0,0191
Unicorp Vida, Cia de Segs.y Reaseg. S.A.	1.550.394.951 (17)	25 (55)	0,0161
MAPFRE Vida S.A. de Seguros	2.434.131.297 (8)	35 (45)	0,0144
Bansabadell Vida, Sdad. Anón. de Sgs. y Rsgs.	2.583.930.673 (7)	35 (44)	0,0135
Consortio de Compensación de Seguros	1.068.357.978 (21)	11 (78)	0,0103

NOTA:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2023.
- Por la Orden ECM/1442/2023, de 22 de diciembre, se autorizó la fusión por absorción de BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS y REASEGUROS, PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES y VIDA, SA, DE SEGUROS y REASEGUROS y GCO REASEGUROS, SAU, por SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG. y REASEGUROS y esta última cambió su denominación por OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG. y REASEGUROS. Los datos de número de reclamaciones aglutinan, por tanto, los de las entidades absorbidas.

Capítulo I

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023 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 2023 en relación con el número de pólizas

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	200	1.184.892	0,01688
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	162	1.052.010	0,01540
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas	499	4.257.770	0,01172
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	151	1.377.043	0,01097
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	494	4.816.954	0,01026
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	87	880.293	0,00988
Helvetia Cia Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	117	1.216.902	0,00961
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	344	4.109.432	0,00837
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	400	5.664.843	0,00706
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	410	6.071.831	0,00675
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros A Prima Fija	294	4.384.735	0,00671
Occident GCO, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (Ver Nota)	358	5.395.366	0,00664
Mapfre España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	734	11.264.467	0,00652
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	281	5.519.935	0,00509
Reale Seguros Generales, S.A.	157	3.110.134	0,00505
Sanitas Sociedad Anonima de Seguros	86	1.838.741	0,00468

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	334	7.537.018	0,00443
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	220	5.576.531	0,00395
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros. S.A.	86	2.222.181	0,00387
BBVASEguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	126	3.296.726	0,00382
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	168	6.668.848	0,00252
Generali Seguros y Reaseguros S.A.	100	4.474.995	0,00223
Axeria Iard Ltd Company	129	Ver nota	Ver nota
Zurich Insurance Europe Ag, Sucursal en España	122	Ver nota	Ver nota
White Horse Insurance Ireland DAC	91	Ver nota	Ver nota

NOTAS:

- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de pólizas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2023.
- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA, WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC y AXERIA IARD LTD COMPANY no puede indicarse el ratio, ya que al ser entidades que operan a través de sucursal o en régimen de libre prestación de servicios, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Por la Orden ECM/1442/2023, de 22 de diciembre, se autorizó la fusión por absorción de BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS y GCO REASEGUROS, SAU, por SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG. Y REASEGUROS y esta última cambió su denominación por OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG. Y REASEGUROS. Los datos de número de reclamaciones aglutinan, por tanto, los de las entidades absorbidas.

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 2023 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de expedientes resueltos en 2023 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más reclamaciones presentadas durante 2023, independientemente de que estos expedientes al término del año 2023 estuviesen resueltos o no.

Capítulo I

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 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.	380	23	82	105	27,63	130	34,21	145	38,16
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	327	22	94	116	35,47	81	24,77	130	39,76
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas	269	26	29	55	20,45	64	23,79	150	55,76
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	251	20	64	84	33,47	59	23,51	108	43,03
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	217	24	47	71	32,72	77	35,48	69	31,80
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	176	26	31	57	32,39	49	27,84	70	39,77
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	173	14	35	49	28,32	33	19,08	91	52,60
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	172	38	56	94	54,65	24	13,95	54	31,40
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	130	11	30	41	31,54	24	18,46	65	50,00
BBVA Allianz, Seguros y Reaseguros, S.A.	94	31	16	47	50,00	30	31,91	17	18,09
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	91	11	22	33	36,26	16	17,58	42	46,15
Helvetia Cia Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	91	6	27	33	36,26	20	21,98	38	41,76
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	86	5	14	19	22,09	16	18,60	51	59,30
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	84	15	12	27	32,14	17	20,24	40	47,62

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Occident GCO, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	83	8	22	30	36,14	11	13,25	42	50,60
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	78	4	21	25	32,05	12	15,38	41	52,56
Santander Seguros y Reaseguros, Cia Aseg., S.A.	78	27	22	49	62,82	14	17,95	15	19,23
BBVASeguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	74	12	19	31	41,89	18	24,32	25	33,78
White Horse Insurance Ireland DAC	72	0	26	26	36,11	22	30,56	24	33,33
Reale Seguros Generales, S.A.	66	2	5	7	10,61	27	40,91	32	48,48
Plus Ultra Seg. Grales. y Vida, S.A. de Seg. y Reaseg.	64	6	21	27	42,19	17	26,56	20	31,25
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	64	18	15	33	51,56	14	21,88	17	26,56
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	58	9	14	23	39,66	21	36,21	14	24,14
Nortehispana de Seguros y Reaseguros, S.A	47	5	22	27	57,45	4	8,51	16	34,04
Generali Seguros y Reaseguros S.A.	45	5	12	17	37,78	6	13,33	22	48,89

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

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

Capítulo I

3. Distribución

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

Este cuadro ofrece información sobre el número de reclamaciones presentadas frente a los corredores y corredurías de seguros en el año 2023 y su variación con respecto al año anterior.

Este año el incremento es significativo respecto al precedente. Cabe destacar que el incremento tiene que ver con la concentración de reclamaciones en alguna correduría.

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2023

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Total
Enero	26	4	30
Febrero	38	1	39
Marzo	39	2	41
Abril	31	0	31
Mayo	42	10	52
Junio	43	7	50
Julio	44	3	47
Agosto	37	3	40
Septiembre	38	4	42
Octubre	44	10	54
Noviembre	37	7	44
Diciembre	20	8	28
TOTAL 2023	439	59	498
TOTAL 2022	135	31	166
DIFERENCIA	304	28	332
% VARIACIÓN	225,19	90,32	200,00

Capítulo I

El cuadro XII ofrece información sobre las reclamaciones 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	70	75,27
Otros motivos	19	20,43
Cambio de la entidad aseguradora sin consentimiento del tomador	4	4,30
AÑO 2023	93	100

En el siguiente cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2023 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023

Sociedades de correduría	Número	%
SFAM	350	79,73
Intermundial XXI, S.L.	31	7,06
Luko Cover	19	4,33

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres corredurías y corredores con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2023 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XIII.2
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 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	%				
SFAM	41	31	9	40	97,56	0	0	1	2,44
Intermundial XXI,S.L.	20	0	1	1	5,00	17	85,00	2	10,00
Centro de Seguros y Servicios, Correduría Seg. S.A. Grupo de Seg. El Corte Ingles (ver nota)	7	0	5	5	71,43	2	28,57	0	0

NOTA:

- La correduría CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS, CORREDURÍA SEG. S.A. GRUPO DE SEG. EL CORTE INGLES es en la actualidad una agencia vinculada, CENTRO DE SEGUROS Y SERVICIOS ECI AGENCIA DE SEGUROS VINCULADA S.A.

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 personales (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.

Capítulo I

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 2023 y clasificados por meses.

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2023

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	16	5	1	1	23
Febrero	13	4	4	0	21
Marzo	23	2	3	0	28
Abril	21	7	4	0	32
Mayo	25	3	3	0	31
Junio	19	6	0	0	25
Julio	11	7	2	0	20
Agosto	8	5	1	0	14
Septiembre	10	7	4	0	21
Octubre	11	0	3	0	14
Noviembre	8	6	5	0	19
Diciembre	7	5	7	4	23
TOTAL 2023	172	57	37	5	271
TOTAL 2022	216	88	28	6	338
DIFERENCIA	-44	-31	9	-1	-67
% VARIACIÓN	-20,37	-35,23	32,14	-16,67	-19,82

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

Capítulo I

pensiones, debe informarse, entre otros aspectos, sobre las instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, precisando la denominación y domicilio del citado defensor, así como indicarse el lugar y forma en que el partícipe puede acceder en cualquier momento al reglamento de funcionamiento del defensor del partícipe.

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2023 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 2023 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Prestaciones	34	34,34
Información, comercialización y publicidad	19	19,19
Movilización de derechos consolidados	18	18,18
Otras materias	12	12,12
Gestión de inversiones. Comisiones	8	8,08
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	6	6,06
Beneficiarios por fallecimiento	2	2,02
TOTAL	99	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2023 ha sido el relativo a **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 34% 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 segundo motivo de reclamación a destacar en el año 2023, un 19%, 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 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

Capítulo I

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 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 18% respecto del total de reclamaciones resueltas.

Capítulo I

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 2023 se han resuelto 32 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.

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 2023.

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.

Capítulo I

Cuadro XVI
Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2023

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	65	37,79	36,50
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	31	18,02	12,28
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	26	15,12	9,67

NOTA:

- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2023.

Por otra parte, en el cuadro XVII se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las tres entidades gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales, en términos absolutos, durante 2023 por el Servicio de Reclamaciones.

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2023 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
Vida-Caixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	24	10	6	16	66,67	6	25	2	8,33
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	19	2	8	10	52,63	2	10,53	7	36,84
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	7	1	3	4	57,14	1	14,29	2	28,57

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

Capítulo I

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 2023, en materia de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y consultas sobre planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria no presentadas por particulares.

Cuadro XVIII

Expedientes de reclamaciones y consultas de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no formuladas por particulares, iniciados y resueltos en 2023

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	79	69
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	46	31
TOTAL 2023	125	100
TOTAL 2022	111	128
DIFERENCIA	14	-28
% VARIACIÓN	12,61	-21,88

El total de expedientes presentados en el periodo de referencia se eleva a 125, de los cuales el 63,2% son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 36,8% 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.

Capítulo I

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, en particular, referidas a las modificaciones recientes y a la creación de los planes de pensiones de empleo simplificados y los fondos de pensiones de promoción pública abiertos.

En total, durante el año 2023 se resolvieron 100 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2023 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 69 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 31 son consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por empresas, entidades gestoras de fondos de pensiones, administraciones públicas, comisiones de control u otras entidades con personalidad jurídica.

5. Unidad de atención telefónica

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

En 2023 se han atendido más de 26.000 llamadas telefónicas. Además, y aunque el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico, cuando los ciudadanos se dirigen al mismo por este medio se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2023 se han recibido y contestado en torno a 2.000 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 2023.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2023

	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	137.625	2.458	2.219	139.844	49.597	65.476	17.981	133.054

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 2023, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:

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

Capítulo II

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

La segunda parte se refiere al número total de quejas y reclamaciones resueltas en el año 2023 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2023 o en el año anterior y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2023 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 139.844.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2023 ha sido de 133.054, de las cuales un 37,28% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 49,21% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 13,51% 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 2023, 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, Seguros y Reaseguros, S.A.	323	151	46,75
Segurcaixa Adeslas, S.A. Seguros Reaseguros	821	281	34,23
Sanitas Sociedad Anónima de Seguros	534	86	16,10
Helvetia Cia Suiza, S.A. de Seg. y Reaseg.	1.279	117	9,15
Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros. S.A.	995	86	8,64
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	4.984	400	8,03
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	5.285	410	7,76

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
Mutua Madrileña Automovilista S. Seguros a Prima Fija	3.826	294	7,68
Occident GCO, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (Ver nota)	4.805	358	7,45
Generali España, S.A. Seguros y Reaseguros	5.131	344	6,70
Caja de Seguros Reunidos, Cia Seg y Reas	7.648	499	6,52
MAPFRE España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.	12.116	734	6,06
Reale Seguros Generales, S.A.	2.643	157	5,94
Ocaso S.A. Cia. de Seguros y Reaseguros	3.420	168	4,91
AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros	11.696	494	4,22
Generali Seguros y Reaseguros S.A.	2.446	100	4,09
Pelayo Mutua Seguros Reaseguros P/Fija	5.652	200	3,54
Santander Generales Seguros y Reaseguros, S.A.	4.610	162	3,51
BBVASEguros, S.A., de Seguros y Reaseg.	3.851	126	3,27
Santa Lucía S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	11.908	334	2,80
Línea Directa Aseguradora S.A. Cia. Seg y Reaseg	10.054	220	2,19
DKV Seguros y Reaseguros, S.A. Española	6.996	87	1,24
Axeria Iard Ltd Company	Ver nota	129	Ver nota
Zurich Insurance Europe Ag, Sucursal en España	Ver nota	122	Ver nota
White Horse Insurance Ireland DAC	Ver nota	91	Ver nota

NOTA:

- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA, WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC y AXERIA IARD LTD COMPANY no puede indicarse el ratio, ya que al ser entidades que operan a través de sucursal o en régimen de libre prestación de servicios, no están obligadas a presentar la documentación estadístico-contable a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Por la Orden ECM/1442/2023, de 22 de diciembre, se autorizó la fusión por absorción de BILBAO COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, SA, DE SEGUROS Y REASEGUROS y GCO REASEGUROS, SAU, por SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG.Y REASEGUROS y esta última cambió su denominación por OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG.Y REASEGUROS. Los datos de número de reclamaciones aglutinan, por tanto, los de las entidades absorbidas.



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 2023, 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 2023, siguiendo la línea de años anteriores, se destaca la importancia de una redacción clara y precisa de los condicionados. Además, se sigue insistiendo en 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.

Este año, en el apartado de seguros de personas, se incluyen varios casos en los que se destaca la importancia, tanto de la claridad como de la precisión, en la redacción de las cláusulas reguladoras de los contratos. Se incluye un supuesto de incremento de prima en un contrato de seguro de decesos a prima única en el que se establece el criterio de que son las entidades las que deben asumir los riesgos derivados de la incertidumbre de sus hipótesis.

En el apartado de seguros de daños se publica, entre otros, un caso relativo a la obligatoriedad, con carácter general, de la transmisión de la cobertura obligatoria de responsabilidad civil de vehículos a motor en caso de la venta del vehículo asegurado, así como la obligación de las entidades de retirar de sus contratos, en la garantía de defensa jurídica, el sublímite económico referido a los baremos publicados por los Colegios de Abogados.

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

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

A continuación, se indican los casos objeto de publicación en 2023.

Capítulo III

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 2023

Seguros	
Seguros de personas	
1	Seguro de ahorro con una cláusula de revalorización.
2	Compatibilidad de las indemnizaciones por incapacidad temporal y permanente total.
3	Aplicación de una cláusula referida a la suma asegurada en un seguro colectivo de accidentes.
4	Denegación de un ingreso hospitalario en un contrato de asistencia sanitaria.
5	Subida de prima en un seguro de decesos a prima única.
Seguros de daños	
6	Venta de un vehículo a motor asegurado en un contrato de la modalidad a todo riesgo.
7	Aplicación de un sublímite en la suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica.
8	Cobertura en un seguro de impago de alquileres.
9	Acreditación de la prueba en un seguro de responsabilidad civil profesional.
10	Denegación de la cobertura en un seguro de responsabilidad civil profesional.
11	Rehúse de la cobertura en un seguro de asistencia en viaje.
12	Denegación de la cobertura en un seguro de anulación de viaje.
Distribución	
13	Desatención de la solicitud reiterada de un cliente.
Planes de pensiones	
14	Obligación de comunicar a los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones individuales cambios que afecten a sus derechos.

Capítulo III

1. Seguros

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida ahorro.

ASUNTO:

Redacción de una cláusula de revalorización que reconoce la participación del asegurado en la rentabilidad de las inversiones de la entidad aseguradora.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben cumplir con lo pactado en el contrato aplicando sus cláusulas conforme al tenor de estas.

1/2023. Seguro de ahorro con una cláusula de revalorización

El reclamante, tomador de un seguro de vida, manifestaba su disconformidad con el importe recibido a su vencimiento. Entendía que el importe debía ser mayor en la parte relativa a la rentabilidad del producto.

La entidad aseguradora alegaba que había abonado al asegurado, al término del contrato, el importe pactado. La compañía explicaba que el contrato se limitaba a garantizar, para el caso de que la rentabilidad obtenida por ella superase el interés técnico del contrato, el 90% del exceso entre la rentabilidad real y ese interés técnico garantizado, es decir, solo cuando las reservas matemáticas obtuviesen una rentabilidad superior a dicho interés, aquélla se repercutiría entre los asegurados a través del sistema de participación en beneficios, incrementando la prestación garantizada para supervivencia. La entidad aportaba un cuadro de rentabilidades obtenidas desde el año de la contratación de la póliza, 1998, donde se observaba que en los primeros años la rentabilidad sí había superado el interés técnico anual, pero a partir del año 1998 no, razón por la que prácticamente no se había producido, según la aseguradora, asignación adicional de participación de beneficios al no darse los requisitos contractuales.

Entre la documentación aportada al expediente figuraba la póliza, que tenía una duración de 28 años, y que garantizaba, en caso de supervivencia del asegurado al vencimiento, un capital obtenido como suma de: I) Un capital garantizado y II) Las revalorizaciones de capital asignadas hasta ese momento, según la cláusula de revalorización incluida en el contrato. Se pactaba también un incremento anual de las primas de un 5% y un interés técnico garantizado del 6% anual

En las condiciones especiales del contrato se establecía la cláusula de revalorización que regulaba que “Esta póliza participará cada año proporcionalmente a sus provisiones matemáticas, en el 90 por 100 de los resultados positivos que produzca la inversión de provisiones matemáticas de Balance de todos los contratos con derecho a participación que estén vigentes a 31 de diciembre de cada ejercicio”. También se establecía que “Las revalorizaciones se harán efectivas, una vez al año y sobre el ejercicio vencido, mediante incrementos del capital garantizado, que se materializarán en un suplemento o bono, el cual se entregará al titular de la póliza una vez cerrado el ejercicio y cuantificado su importe.”

A la vista de las condiciones citadas, el Servicio de Reclamaciones consideró que en el contrato no se indicaba, como alegaba la entidad reclamada, que el derecho a la rentabilidad requiriese que la rentabilidad real obtenida superase el tipo de interés técnico del contrato; tan solo se indicaba que la póliza participaba cada año, proporcionalmente a sus provisiones matemáticas, en el 90 por 100 de los resultados positivos que produjese la inversión de provisiones matemáticas de balance de todos los contratos con derecho a participación que estuviesen vigentes a 31 de diciembre de cada ejercicio. Por ello, se requirió a la entidad para que recalculara el importe de la rentabilidad garantizada en el contrato.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida riesgo con coberturas adicionales de incapacidad.

ASUNTO:

Deducción del importe ya abonado por una cobertura de incapacidad temporal, en el importe correspondiente a una cobertura de incapacidad permanente total.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben dar cumplimiento a lo pactado en los contratos sin que quepa realizar, como se señala en el caso expuesto, una interpretación restrictiva de los términos de estos.

2/2023. Compatibilidad de las indemnizaciones por incapacidad temporal y permanente total

El reclamante manifestaba su desacuerdo con la decisión de la compañía, al reconocérsele la incapacidad permanente en grado de total para su profesión habitual, de descontarle 12.000 euros correspondientes a la indemnización abonada dos años antes en concepto de incapacidad temporal.

La entidad aseguradora alegaba que el contrato garantizaba, además de una prestación por fallecimiento, otras por incapacidad temporal e incapacidad permanente del asegurado si estas implicaban la pérdida, temporal en el primer caso y definitiva en el segundo, de la licencia para el ejercicio de la profesión. Añadía que había abonado en su día una indemnización por incapacidad temporal hasta el límite previsto en el contrato por importe de 12.000 euros y que, tras la declaración del siniestro como consecuencia de la incapacidad permanente y tras aportar la documentación oportuna, verificó que dos días antes de que se declarase la incapacidad temporal ya se había producido la pérdida definitiva, no la temporal, de la licencia. Además, con la liquidación del siniestro de incapacidad permanente, había devuelto las primas abonadas de los dos últimos años por entender que el siniestro de incapacidad permanente se había producido en aquella fecha y no correspondía, por tanto, el cobro de estas.

En el contrato objeto de la reclamación se establecía que, para el caso de la cobertura de incapacidad permanente para la profesión habitual, se consideraba como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha en que se emitiese la última notificación de denegación del certificado médico por la autoridad competente. Consta en el expediente la notificación de la denegación del certificado médico que había dado origen al siniestro de incapacidad temporal, en el que se señalaba que “podrá solicitar la realización de un nuevo reconocimiento tras la denegación en cualquier momento y siempre que se acredite documentalmente una mejoría/remisión de las circunstancias médicas que motivaron la denegación”.

En su informe final el Servicio de Reclamaciones indicó que, a la vista de la documentación aportada, no se podía considerar que la denegación del certificado médico referido al siniestro de incapacidad temporal tuviera la consideración de pérdida definitiva de la licencia en esa fecha, a tenor del texto del certificado y de lo previsto en la póliza. En esa fecha lo que se produjo fue una pérdida, en principio temporal, de la licencia para el ejercicio de la profesión que fue acompañada por partes de incapacidad temporal, correspondiendo, por tanto, la indemnización por incapacidad temporal de manera adicional a la posterior por incapacidad permanente total.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de accidentes.

ASUNTO:

Cálculo del importe de la suma asegurada en una pluralidad de seguros vinculados a tarjetas de crédito.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

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

3/2023. Aplicación de una cláusula referida a la suma asegurada en un seguro colectivo de accidentes

Los reclamantes, beneficiarios de un contrato de seguro de accidentes, mostraban su disconformidad con la cantidad abonada por la entidad, 2.125 euros, al amparo de varios seguros de accidentes vinculados a contratos de tarjetas de crédito. Añadían que el importe que les correspondía era un total de 900.000 euros, importe resultante de sumar todos los capitales asegurados en los contratos de las tarjetas.

La entidad alegaba que el asegurado había fallecido en un accidente de tráfico y que, al ser titular de varias tarjetas, ofreció a los beneficiarios el capital asegurado conforme a la póliza. Esta contenía dos coberturas distintas, una para los siniestros derivados de accidentes en un viaje en un medio de transporte público cuyo billete hubiese sido pagado con la tarjeta emitida por el tomador y otra para los derivados de accidentes de los titulares en otras circunstancias, cobertura esta última aplicable al caso objeto de la reclamación. Mantenía que la suma asegurada a que se referían los reclamantes era la correspondiente a la cobertura no aplicable.

El artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro establece que las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro deben redactarse de forma clara y precisa.

En el contrato aportado al expediente se incluían las dos coberturas indicadas por la entidad en sus alegaciones, y resultaba claro que la aplicable al caso, de las dos previstas, era la regulada en segundo lugar, denominada “seguro de accidentes del titular”, que cubría, en caso de que el titular de la tarjeta falleciese o resultase con una incapacidad permanente absoluta como consecuencia de un accidente, el pago de una indemnización igual a la suma de las facturas cargadas en cuenta por compras realizadas con su tarjeta en los últimos 12 meses, con un límite máximo de 6.000 euros”. Inmediatamente después de la regulación de esta garantía, se indicaba, bajo el título “garantías y sumas aseguradas”, que la suma asegurada sería la establecida en el contrato de la tarjeta de crédito o débito. En este mismo apartado se recogía también que si el titular de una tarjeta de débito lo era asimismo de una tarjeta de crédito, las sumas que en su caso le corresponderían serían las de mayor importe (en ningún apartado se regulaba qué ocurriría en el caso de que el asegurado fuese titular de varias tarjetas de la misma clase como en el caso de la reclamación). Quedaba acreditado asimismo que el asegurado disponía de seis tarjetas de crédito, 5 de ellas con un capital asegurado, en cada una de ellas, de 120.000 euros y la sexta de 300.000 euros.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si inmediatamente después de la regulación de las condiciones de la cobertura en liza se establecía que la suma asegurada era la que figuraba en el contrato de la tarjeta, nada hacía pensar que ese apartado se refiriese solo a una de las coberturas, y que si la compañía pretendía que solo fuese aplicable a una de ellas debería haber redactado con claridad y precisión ese extremo. Tampoco había regulado la aseguradora una situación como la descrita, esto es, qué ocurriría en el caso de que un asegurado fuese titular de más de una tarjeta del mismo tipo. Por ello, el informe final concluyó que la entidad había infringido el artículo 3 de la ley de Contrato de Seguro.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de asistencia sanitaria.

ASUNTO:

Rehúse de un siniestro en virtud de una cláusula genérica de exclusión prevista en el contrato.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

La falta de precisión en la redacción de las cláusulas de un contrato de seguro no puede dar lugar a una merma en los derechos de los asegurados.

4/2023. Denegación de un ingreso hospitalario en un contrato de asistencia sanitaria

El reclamante mostraba su disconformidad con la decisión de la compañía aseguradora de no cubrir el importe de varios ingresos hospitalarios derivados de un cuadro agudo de lumbociática. La compañía aseguradora solo había cubierto las asistencias de urgencia previas a los ingresos. El hospital le reclamaba 2.684 euros correspondientes a las estancias en el mismo.

La entidad alegaba que, tras recibir las solicitudes de autorización para los ingresos hospitalarios del asegurado, había autorizado tres días, correspondientes a tres asistencias de urgencia, pero había rechazado la continuidad de cada una de las hospitalizaciones debido a que el motivo de ampliación de los ingresos había sido el tratamiento del dolor, el cual no contaba con cobertura en la póliza contratada, salvo para el caso de procesos oncológicos.

El artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro establece que las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro deben redactarse de forma clara y precisa.

En el contrato aportado al expediente en el apartado “Especialidades médicas y quirúrgicas, del título “¿Qué cubre este Seguro?” se estipulaba que “Se cubren las consultas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados siempre dentro de los límites establecidos en la Póliza, en las siguientes especialidades médico-quirúrgicas: (...) Neurocirugía, (...) Neurología, (...) Traumatología y Cirugía Ortopédica (...)”.

El epígrafe “Hospitalización Médica”, del apartado “Hospitalización y Cirugía” del título “¿Qué cubre este Seguro?” del condicionado de la póliza, detallaba “Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso”.

El epígrafe “¿Qué no cubre este seguro?” del título “Condiciones de Especial Interés” del condicionado de la póliza, indicaba lo siguiente: “Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no incluidos expresamente en estas condiciones de la Póliza”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que no cabía excluir el ingreso hospitalario para el tratamiento del dolor amparándose en que no estaba expresamente previsto en el condicionado. Si estaba cubierta la hospitalización relacionada con las especialidades médicas incluidas en el contrato, y la que era objeto de la reclamación lo estaba, sin que se citaran de manera detallada los tratamientos incluidos en las mismas, no resultaba ajustado a derecho ampararse, para la denegación de la cobertura, en una cláusula de exclusión de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no incluidos expresamente en esas condiciones, pues aquellos no se detallaban.

En virtud de lo anterior, se indicó en el informe final que la contradicción en la póliza entre los apartados de coberturas y exclusiones suponía un incumplimiento de la aseguradora del mandato del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro de redactar el condicionado de forma clara y precisa.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de decesos.

ASUNTO:

Aplicación de una subida de prima transcurridos seis años desde la contratación de un seguro de modalidad a prima única.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, en aras del principio de equilibrio contractual entre las partes, en un seguro de decesos a prima única el hecho de que haya incrementos en el valor del servicio no debería dar lugar a cobros de recibos adicionales.

CONCLUSIÓN:

En los seguros de decesos de modalidad a prima única las entidades deben asumir los riesgos derivados de la incertidumbre de sus hipótesis.

5/2023. Subida de prima en un seguro de decesos a prima única

El reclamante exponía que seis años después de la fecha de contratación de un seguro de decesos a prima única, la entidad aseguradora le había cobrado un recibo extraordinario con un importe de 110,40 euros, adicional a su prima única. El reclamante entendía que en una póliza de este tipo no se podían realizar cobros adicionales y pedía a la entidad que explicase los motivos.

La entidad aseguradora alegaba que la póliza tenía pactada una revalorización automática del valor del servicio contratado del 1,5% y que la compañía asumía todas las revalorizaciones siempre que no fuesen superiores al 3%. Sin embargo, en el año 2023 la subida a aplicar al valor del servicio contratado había sido del 4,68%, por lo que era el asegurado quien debía asumirlo, de acuerdo con lo establecido en la póliza. Añadía que el asegurado podía no aceptar la actualización propuesta; en ese caso, cuando se produjese el siniestro, si el valor en póliza del servicio fuera inferior al coste real de los elementos del servicio de decesos, su responsabilidad se limitaría a abonar a los herederos el importe pactado en la póliza.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, puesto que el asegurador es quien establece las condiciones económicas del contrato basándose en hipótesis determinadas por él, fue considerar que es este quien debe asumir los riesgos derivados de la incertidumbre de sus hipótesis. La cláusula que permite, en un seguro a prima única, repercutir al tomador los incrementos de prima resultantes de una actualización del valor del servicio superior al límite establecido por la entidad aseguradora altera, en la práctica, el equilibrio contractual entre las partes del contrato. Además, respecto a la posibilidad de mantener el contrato renunciando a la actualización de la suma asegurada a cambio de que la entidad limite su responsabilidad, en caso de siniestro, al capital inferior establecido en la póliza, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que aunque esa opción resulta válida en contratos a prima periódica, no lo es en el caso de un contrato de seguro a prima única, en el que la entidad aseguradora debe garantizar la prestación del servicio fúnebre pactado al completo, a cambio del abono de la prima única que la propia compañía ha determinado conforme a criterios actuariales.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de automóvil.

ASUNTO:

Solicitud de devolución del importe de la prima no consumida por la venta del vehículo asegurado.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido, tanto el artículo 34 de la Ley de Contrato de Seguro, como lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

En los supuestos de transmisión de vehículos a motor las entidades aseguradoras deben cumplir con lo establecido, de manera imperativa, en la Ley de Contrato de Seguro respecto al seguro obligatorio.

6/2023. Venta de un vehículo a motor asegurado en un contrato de la modalidad a todo riesgo

El reclamante se quejaba de que, tras la venta de su automóvil, había intentado trasladar el seguro al nuevo propietario y su aseguradora le había negado esa posibilidad indicándole que el seguro quedaba en suspensión, y que la prima no consumida podría destinarse, durante un periodo de cinco años, a un nuevo seguro. Tras esa comunicación adquirió una moto e intentó aplicar la prima no consumida del coche vendido a la nueva moto y la compañía le indicó entonces que no podía aplicarse la prima por tratarse de una moto y no de un coche.

La aseguradora alegaba que en el contrato a todo riesgo objeto de la reclamación se había pactado que el pago de la prima se fraccionara en tres periodos. Tras el primer pago, el asegurado había comunicado la venta del vehículo y no se le exigieron los dos cobros restantes. Reconocía la entidad el envío de la comunicación a la que aludía el reclamante en la que se le informaba de la suspensión del contrato desde la fecha de la venta y por cinco años. Citaba en sus alegaciones la cláusula de las condiciones generales donde se contemplaba el citado derecho e indicaba que el mismo era graciable al regir el principio de indivisibilidad de la prima. Respecto a la decisión de no aplicar a la moto el derecho al que se refería la reclamación, la compañía alegaba que se trataba de riesgos diferentes.

El artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, contempla como principio técnico para el cálculo de las tarifas de primas, entre otros, el de la indivisibilidad de la prima. El mismo supone que, a través del contrato de seguro, se traslada el riesgo del asegurado al asegurador, de forma que la prima se devenga al comienzo de la duración del contrato y cubre el riesgo de siniestro por el plazo estipulado.

Constituye una excepción a este principio, la regulación que se refiere a la transmisión del objeto asegurado en la Ley de Contrato de Seguro. En concreto, el artículo 34 de esta norma regula que, en caso de transmisión del objeto asegurado, el adquirente se subroga en el momento de la enajenación en los derechos y obligaciones que correspondan en el contrato de seguro al anterior titular, pero se exceptúa el supuesto de pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario, supuesto que se daba en el contrato objeto de la reclamación. Por otra parte, el artículo 35 de la norma citada, regula el derecho de la entidad de no aceptar el nuevo riesgo y, en este caso, es el adquirente, no el transmitente, el que tiene derecho al importe de la prima no consumida, precepto que hace que quiebre para este caso concreto el principio de indivisibilidad de la prima.

En aplicación de la normativa citada, en la transmisión de un vehículo a motor debe separarse la cobertura obligatoria de las voluntarias, si las hubiere; la primera se transmite al adquirente mientras que, para las segundas, las compañías pueden regular otras condiciones.

Sigue →

Capítulo III

En el contrato aportado al expediente se contemplaba que el tomador podía solicitar la suspensión del contrato, durante un plazo máximo de cinco años, sin distinguir entre la prima no consumida correspondiente a la responsabilidad civil obligatoria y a las coberturas voluntarias, en los siguientes términos:

“a) Venta. (...)”

- La parte de prima no consumida no se devolverá y se descontará del importe que tenga que pagar cuando asegure de nuevo un vehículo en ese contrato.
- Pasado el plazo de 5 años sin que se rehabilite, el contrato quedará extinguido y la prima no consumida quedará en poder de la entidad (...).”

En el informe final se hicieron las siguientes consideraciones:

- En cuanto a la cobertura obligatoria, se puso de manifiesto que, de acuerdo con los artículos citados de la Ley de Contrato de Seguro, el contrato debió haberse transmitido al adquirente, como había solicitado el reclamante a la compañía, y no correspondía al transmitente el derecho al importe de la prima no consumida; incluso aunque, tras la transmisión, la entidad hubiera decidido rescindir el contrato, la devolución del importe de la prima no consumida hubiese correspondido al adquirente del vehículo. Quedaba acreditado que la compañía no había tenido en cuenta la diferencia entre la cobertura obligatoria y las voluntarias y había impedido que la primera se transmitiese al adquirente, por lo que se señaló un incumplimiento de la norma en este sentido.
- Respecto a las coberturas voluntarias, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no había dado cumplimiento a lo previsto en el contrato, porque, en contra de lo alegado por ella, de la redacción de la cláusula de suspensión de derechos no se deducía, ni que se requiriese la voluntad de ambas partes para su aplicación, ni tampoco que el derecho se limitase al aseguramiento de un determinado tipo de vehículo.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de defensa jurídica incluido en una póliza de automóvil.

ASUNTO:

Aplicación de un sublímite, en la suma asegurada, por aplicación de los baremos de los Colegios de Abogados.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía aplicar la cláusula objeto de la reclamación por aplicación del criterio establecido por el Tribunal Supremo.

CONCLUSIÓN:

En la cobertura de defensa jurídica no cabe, tras el criterio establecido por el Tribunal Supremo, la remisión a baremos o reglas encaminadas a fijar la cuantía de los honorarios profesionales, publicados por los Colegios de Abogados.

7/2023. Aplicación de un sublímite en la suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica

El reclamante, asegurado en un contrato de seguro de automóvil con cobertura de defensa jurídica, mostraba su disconformidad con la decisión de su aseguradora de no abonarle el importe íntegro de la factura de los honorarios del abogado, designado por él, tras sufrir un accidente de tráfico. Frente a los 2.964,50 euros facturados, la compañía le había abonado solo 1.597,76 euros, en aplicación de los criterios del Colegio de Abogados correspondiente.

La entidad reclamada alegaba que, aunque la suma asegurada en defensa jurídica fuese de 3.000 euros, en las Condiciones Generales se establecía que las normas orientativas de honorarios de los Colegios de Abogados constituían el límite máximo de la obligación del asegurador. En aplicación de los criterios del Colegio de Abogados correspondiente, ese límite máximo de los gastos a abonar era de 1.497,76 euros.

El criterio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, STS 1684/2022, de 19 de diciembre de 2022, refiriéndose a los baremos de los Colegios de Abogados es que el establecimiento y difusión de baremos, listados de precios o reglas precisas directamente encaminados a fijar la cuantía de los honorarios para las distintas clases de actuaciones profesionales, vulnera el artículo 1.1.a) de la Ley de Defensa de la Competencia, que, prohíbe todo acuerdo, decisión o recomendación colectiva que tenga por objeto, produzca o pueda producir el efecto de impedir, restringir o falsear la competencia en todo o parte del mercado nacional, en este caso mediante la fijación, de forma directa o indirecta, de precios o de otras condiciones comerciales o de servicio.

En virtud de lo anterior, en el informe final del Servicio de Reclamaciones se indicó que la cláusula incluida en el contrato objeto de la reclamación que remitía, para la cuantificación de la indemnización a percibir, a las normas orientativas de honorarios de los Colegios Profesionales, debía tenerse por no puesta.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de impago de alquileres.

ASUNTO:

Negativa de la entidad al abono de las cantidades impagadas por el arrendatario, por entender que el contrato no abarca los impagos posteriores a la resolución del contrato de alquiler.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que de la redacción de las cláusulas del contrato no se deducía la falta de cobertura de las rentas impagadas con posterioridad a la resolución del contrato.

CONCLUSIÓN:

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

8/2023. Cobertura en un seguro de impago de alquileres

El reclamante, que era el asegurado en un contrato de seguro de impago de alquileres y, a su vez, ostentaba la condición de arrendador, mostraba su disconformidad con la decisión de la compañía de no abonarle las rentas impagadas por el arrendatario. La aseguradora había ejercido la dirección jurídica en el procedimiento judicial posterior, que había finalizado con una sentencia condenatoria para el arrendatario del abono de todas las rentas pendientes, anteriores y posteriores a la resolución del contrato de alquiler.

La entidad aseguradora alegaba que el seguro contratado contemplaba que el importe del primer impago de alquiler lo asumía el arrendador, por lo que el impago de la primera renta no quedaba cubierto. Alegaba también que el impago de la siguiente renta sí lo estaba y que iba a proceder a su abono, sin aducir las causas de por qué no lo había hecho hasta la fecha. Respecto a las rentas posteriores, que coincidían con las siguientes a la fecha de resolución del contrato de alquiler, alegaba que no se trataría de alquileres, puesto que ya no existía un contrato de este tipo, sino de una compensación por daños y perjuicios para el propietario por el hecho de que el arrendatario continuara disfrutando del inmueble pese a carecer de un título válido para ello; al no tratarse de una renta por alquiler, no quedaba cubierto por la garantía de impago de la póliza.

En el contrato de seguro aportado al expediente se cubrían, tanto la garantía de impago de alquileres, con un límite de doce mensualidades de renta, como la de reclamación del contrato de arrendamiento con 3.000 euros de suma asegurada. En las condiciones generales se establecía que la compañía garantizaba la reclamación de los derechos del asegurado, en vía judicial, en los conflictos directamente relacionados con el contrato de arrendamiento de la vivienda. Asimismo, se garantizaban los juicios de desahucio por falta de pago. La reclamación de las rentas impagadas quedaba también cubierta, siempre que el deudor no resultase insolvente según declaración judicial. En aplicación de esta garantía, la aseguradora había recomendado, como opción, la posibilidad de instar la resolución del contrato de alquiler, como fase previa a la vía judicial, y había asumido la dirección jurídica en el juicio por desahucio por expiración de plazo, dirigido contra el arrendatario, por lo que en ese sentido había cumplido con lo estipulado en el contrato para la reclamación.

Respecto al pago de la prestación por impago de alquileres, se estipulaba que el asegurador tenía que abonar al asegurado el importe total de las rentas vencidas e impagadas, una vez deducido el tiempo de la franquicia a su cargo y hasta los límites garantizados, en el momento en que recayese sentencia firme o cualquier otra resolución judicial definitiva en el juicio de desahucio instado contra el arrendatario moroso. Además, se preveía el adelanto de las rentas impagadas que excediesen de la franquicia con anterioridad a la resolución judicial definitiva siempre que el arrendador hubiese iniciado el juicio por desahucio en los tres meses posteriores al impago, determinándose en la póliza que el tomador o el asegurado podían solicitar del asegurador un adelanto por el total de las rentas impagadas hasta dicho momento y que excediesen de la franquicia. Tras este abono inicial, la compañía se comprometía, en el contrato, a adelantar mensualmente y hasta el límite máximo de las mensualidades de renta garantizadas, el importe de las rentas impagadas que se fuesen devengando.

Sigue →

Capítulo III

De conformidad con lo anterior, la propia entidad aseguradora parecía asumir, en las estipulaciones contractuales relativas a la garantía de impago de alquiler, que durante el juicio por desahucio se devengan rentas por el contrato de alquiler.

Respecto a la fecha de fin de la prestación por impago de alquileres, el contrato establecía que el devengo de la prestación garantizada finalizaba a partir del mes en que el inquilino abonase las rentas pendientes o reanudase su pago, o bien cuando el asegurado recuperase efectivamente la disponibilidad de su vivienda. De nuevo, esta estipulación viene a reconocer que las rentas por alquiler se devengan hasta que el propietario recupere la disponibilidad de su vivienda, aunque el ocupante o poseedor de la misma ya no disponga de un título válido para permanecer en la misma.

Por lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad debía abonar al reclamante el importe de los impagos de renta, deducida la primera mensualidad, incluyendo aquellos producidos con posterioridad a la fecha en la que el propietario había comunicado al inquilino su intención de rescindir el contrato, hasta el momento en que el propietario recuperó la disponibilidad de la vivienda, con el límite de las doce mensualidades establecido en la póliza, con independencia de la obligación del asegurado de reembolsar estas cantidades si le fuesen abonadas en algún momento por el arrendatario.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de responsabilidad civil profesional.

ASUNTO:

Denegación de la cobertura por la valoración de las pruebas aportadas por el reclamante.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que las razones alegadas por la entidad para el rechazo del siniestro no quedaban amparadas por el contrato suscrito.

CONCLUSIÓN:

Con carácter general, si se aportan pruebas sobre los hechos determinantes de la cobertura, aquellas solo pueden ser rebatidas por una prueba en contra.

9/2023. Acreditación de la prueba en un seguro de responsabilidad civil profesional

El reclamante solicitaba la cobertura de un siniestro consistente en el perjuicio causado a un cliente como consecuencia de un error en la aplicación de unas bonificaciones en la liquidación de unos seguros sociales. El reclamante estaba asegurado a través de una póliza colectiva de un colegio profesional y el error se había producido en el encargo solicitado a la sociedad unipersonal del que el asegurado era administrador y único ejerciente de la profesión asegurada.

La entidad alegaba, en primer lugar, que no quedaba acreditado que la responsabilidad de los hechos fuese imputable al reclamante, que era el asegurado; aducía la aseguradora que el encargo para realizar las gestiones profesionales que dieron lugar a la responsabilidad civil, se habían hecho a una mercantil, y por ello no podía extraerse que fuera el profesional asegurado el que, actuando para esa mercantil, fuera el causante del error, pudiendo haber sido llevado a cabo por el resto del personal de la firma. En segundo lugar, aunque se había remitido documentación acreditativa de que la mercantil a la que se había hecho el encargo constaba como sociedad unipersonal, de facto no lo era, porque no desarrollaba la actividad en la empresa una única persona, sino varias de las que no se había acreditado su aseguramiento.

Las condiciones generales del contrato aportadas al expediente contenían un cláusula en la que se establecía que quedaban garantizadas las reclamaciones formuladas contra una firma o despacho profesional, en función de la modalidad de seguro contratada por el asegurado, siempre que el error o falta profesional que diese origen a la reclamación fuese consecuencia de una acción u omisión negligente cometida por un profesional asegurado, lo que debería probarse fehacientemente con la firma del asegurado en los documentos o informes origen del error o negligencia profesional, salvo en aquellas sociedades unipersonales, que debido a la configuración de la misma, no presupongan actuación alguna por parte de otro profesional colegiado.

De la documentación obrante en el expediente resultaba acreditado que las liquidaciones en donde se había producido el error se habían realizado con el certificado electrónico del reclamante.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar, por una parte, que, a falta de otra prueba en contra, el hecho de haberse cometido el error utilizando el certificado electrónico del asegurado resultaba suficiente para entender cubierto el supuesto. Por otra parte, se indicaba en el informe, en contra de las alegaciones de la entidad que refutaban que la mercantil no era de facto una sociedad unipersonal, que, de acuerdo con la Ley de Sociedades de Capital, la forma de sociedad limitada unipersonal lo determina la propiedad de todas las participaciones por un único socio y no si la entidad cuenta con más de un empleado como señalaba la aseguradora. Así pues, no cabía duda de que la sociedad del reclamante era una sociedad limitada unipersonal, como había sido acreditado mediante la presentación de la escritura de constitución.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de responsabilidad civil profesional.

ASUNTO:

Discrepancia respecto a las coberturas de un seguro de responsabilidad civil profesional.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar 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.

10/2023. Denegación de la cobertura en un seguro de responsabilidad civil profesional

El reclamante, tomador y asegurado en un seguro de responsabilidad civil profesional, exponía en su escrito que como consecuencia de un procedimiento inspector se había puesto de manifiesto un error en el asesoramiento realizado a un cliente, con relación a la liquidación de un impuesto, lo que había dado lugar a un siniestro cuya cobertura había aceptado la aseguradora. Con posterioridad, al interponerse un recurso contencioso administrativo relacionado con ese hecho, el asegurado declaró haber cometido un nuevo error, esta vez en la indicación del plazo de pago, que tuvo como consecuencia que su cliente tuviera que abonar el impuesto junto con el pago de intereses de demora y el correspondiente recargo de apremio. Este nuevo siniestro había sido rechazado por la aseguradora.

La entidad aseguradora alegaba, por una parte, que el segundo siniestro formaba parte del mismo procedimiento que el primero, que ya había sido abonado, constando la firma de un finiquito; y por otra, que las obligaciones tributarias no eran objeto de cobertura.

El condicionado de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional contratada por el reclamante, aportada al expediente, contenía una cláusula que establecía que no resultaban cubiertos los “Daños que tengan su origen en la infracción o incumplimiento voluntario de las normas de Derecho positivo o de las que rigen las actividades objeto del seguro”.

Había quedado acreditado en el expediente que la obligación de pago del recargo ordinario de apremio y los intereses de demora se debieron al asesoramiento erróneo, por parte del reclamante a su cliente, respecto al plazo para efectuar el pago de la deuda tributaria.

No cabía duda de que se trataba de nuevos hechos, posteriores a la firma del finiquito inicial, aunque referentes al mismo procedimiento, y cuya culpa exclusiva recaía en el reclamante siendo, por tanto, objeto de cobertura por la póliza. Además, en contra de lo alegado por la compañía, lo que se solicitaba no era el abono de la cuota tributaria, sino de los intereses y el recargo, que traían su origen en el asesoramiento erróneo del asegurado a su cliente. Por ello, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad debía abonar el importe del segundo siniestro.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de asistencia en viaje.

ASUNTO:

Denegación de un siniestro en un contrato que excluye los siniestros que tengan que ver con enfermedades preexistentes a la fecha de suscripción del contrato

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:

Las consecuencias que derivan de la falta de presentación del cuestionario recaen sobre la aseguradora.

11/2023. Rehúse de la cobertura en un seguro de asistencia en viaje

El asegurado reclamaba el importe, más de 27.000 euros, pagado por los gastos de repatriación, incluyendo el coste de un avión medicalizado de él y de su compañero de viaje, también asegurado en el contrato de asistencia suscrito por ambos. Durante el viaje al país de destino, el asegurado se puso gravemente enfermo y fue preciso interrumpir el vuelo y efectuar un aterrizaje de emergencia en Italia. El paciente fue conducido en ambulancia a un hospital, en el cual permaneció varios días, hasta que fue autorizado su regreso a España, lo que requirió el traslado en un avión medicalizado y posteriormente en una ambulancia para el traslado al hospital. El reclamante denunciaba que la compañía aseguradora había rehusado el siniestro y solicitaba su cobertura.

La entidad alegaba que había denegado las pretensiones del reclamante porque la póliza excluía la cobertura de enfermedades o lesiones, derivadas de enfermedades previas a la contratación. Alegaba también que el único gasto que podría asumir era el derivado de una primera asistencia sanitaria con carácter de urgencia.

En el contrato aportado al expediente, el apartado relativo a transporte o repatriación sanitaria establecía que “En caso de sufrir el asegurado una enfermedad (...) el asegurador se hará cargo: del importe de los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más cercano (...) En caso de hospitalización en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el asegurador se hará cargo, en el momento de la alta médica del asegurado, del subsiguiente traslado hasta el domicilio habitual de éste. El medio de transporte utilizado se organizará en función de la patología del asegurado. Cuando la urgencia y gravedad del caso lo requieran, podrá realizarse la repatriación en avión sanitario especial si el paciente está en Europa y países ribereños del Mediterráneo. En cualquier otro lugar, se efectuará por avión de línea regular”

Se contemplaba también en el contrato, en el apartado relativo a gastos de estancia de un familiar del asegurado en caso de hospitalización que “En caso de que se prevea que la hospitalización del asegurado, motivada por un accidente o enfermedad cubiertos en la póliza, sea superior a cinco noches, el asegurador se hará cargo de los gastos de alojamiento y manutención del familiar designado por el asegurado en la localidad donde este último se encuentre hospitalizado, hasta la cantidad diaria indicada en las condiciones particulares y certificado de seguro por día y con un máximo de 14 días. Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el asegurado”.

El apartado relativo a exclusiones generales relativas a todas las garantías de las condiciones de la póliza reflejaba como tal “Las enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de enfermedades previas a la contratación de la póliza, graves o crónicas, con riesgo de agravación, del asegurado, así como sus complicaciones y recaídas”.

Sigue →

Capítulo III

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

De la doctrina del Tribunal Supremo sobre el artículo 10 de la LCS se desprende que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de la falta de presentación de cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo.

No constaba que se hubiera sometido a cuestionario de salud al asegurado en el momento de suscribir el seguro, por lo que el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad no podía denegar el siniestro invocando la existencia de una enfermedad preexistente del asegurado por la que no se había preguntado en el momento de la contratación y debía abonar los gastos solicitados que incluían, además de los de repatriación del paciente, los de hotel y traslado del acompañante, de acuerdo con lo pactado en el contrato

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de anulación de viaje.

ASUNTO:

Denegación de la cobertura de anulación de un viaje por entender la entidad que el padecimiento de la enfermedad invocada no impedía viajar al asegurado.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido lo previsto en el contrato.

CONCLUSIÓN:

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

12/2023. Denegación de la cobertura en un seguro de anulación de viaje

El reclamante solicitaba que la entidad aseguradora le abonase los gastos de anulación de un viaje que no había podido realizar por haber dado positivo en Covid-19.

La entidad alegaba que había denegado la pretensión del reclamante, porque, según se desprendía del informe médico aportado, la causa invocada para cancelar el viaje no le impedía realizarlo, sin mayor precisión. Alegaba además que en la fecha de la realización del viaje no existía impedimento legal alguno que implicara restricciones de movilidad por la enfermedad.

En las condiciones del contrato objeto de la reclamación se establecía que “El asegurador garantiza (...) el reembolso de los gastos por anulación (...) siempre que anule el viaje (...) por alguna de las causas (...) que se enumeran a continuación (...) que le impidan viajar en las fechas contratadas (...) Por positivo mediante pruebas médicas de enfermedad Covid-19 (...)”.

En el contrato objeto de la reclamación, a diferencia de lo que ocurría con otro tipo de enfermedades cubiertas, nada se establecía sobre qué circunstancias debían concurrir para valorar si el mero diagnóstico de la enfermedad era o no causa suficiente de la anulación del viaje.

Además, en la documentación entregada antes de la contratación se indicaba de manera clara “Si mediante pruebas médicas Covid-19, el asegurado da positivo podrá cancelar su viaje”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, si bien la póliza establecía que para la anulación de los viajes debía darse la concurrencia de alguna de las causas que se enumeraban en el contrato y que estas debían impedir la realización del viaje, a falta de una delimitación concreta sobre qué había de entenderse por un impedimento para viajar, en el caso de positivo en Covid-19, la interpretación de tal impedimento no podría ir más allá de que a la fecha del inicio del viaje la dolencia existiese o no.

Del informe médico aportado y de la pauta médica que figuraba en el mismo se desprendía que, a la fecha de inicio del viaje, el reclamante estaba a tratamiento y, por tanto, no curado de su dolencia. En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la póliza suscrita contemplaba como causa de anulación, sin más, dar positivo en Covid-19.

Capítulo III

2. Mediación

TIPO SEGURO:

Seguro de ordenador portátil.

ASUNTO:

Falta de asesoramiento por parte de la correduría.

INFORME FINAL:

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

CONCLUSIÓN:

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

13/2023. Desatención de la solicitud reiterada de un cliente

El reclamante indicaba en su reclamación que, tras la compra de un ordenador, se percató de que le estaban haciendo unos cobros referidos a un seguro de daños que no había suscrito. Solicitaba, a la entidad mediadora que se los estaba cobrando, que no le remitieran más recibos y también la devolución de las cantidades cargadas en su cuenta bancaria sin su consentimiento.

La correduría no formuló alegaciones, pero el reclamante aportaba la contestación que le había facilitado tras su petición inicial en la que se le indicaba que recibiría las cantidades cobradas a la mayor brevedad.

No se aportaba al expediente la documentación contractual suscrita del seguro de daños del ordenador. Sí constaban varias peticiones repetidas en el tiempo del reclamante a la correduría.

Desde la primera solicitud a la presentación de la reclamación en el servicio de reclamaciones había transcurrido más de un año.

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

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto que la correduría no había aclarado al reclamante las circunstancias de la contratación del seguro en el que constaba como mediador y cuyas condiciones parecía desconocer el asegurado, dando como única respuesta que estaba dispuesta a devolver las primas pagadas sin mayor explicación, en un primer correo electrónico, ignorando, tras el mismo, las peticiones reiteradas del reclamante.

Por lo expuesto el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar 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 que afecten a los derechos de los partícipes y los beneficiarios de planes de pensiones individuales.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actuación de la entidad resultaba contraria a lo previsto en el artículo 48.9 del Reglamento de planes y fondos de pensiones.

CONCLUSIÓN:

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

14/2023. Obligación de comunicar a los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones individuales cambios que afecten a sus derechos

El reclamante se quejaba de no haber sido informado del traspaso de sus derechos consolidados a un plan diferente al inicial contratado por él.

La entidad gestora alegaba que al ser el reclamante un partícipe de un plan del que se había acordado la terminación, sus derechos fueron movilizados a otro plan. Alegaba también la gestora que de ello fue informado el reclamante a través de una comunicación enviada por correo postal.

El artículo 50, apartado 1, del Reglamento de planes y fondos de pensiones, aprobado por el Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, permite la movilización de los derechos consolidados en los planes de pensiones de sistema individual por terminación del plan. Pero cualquier modificación, como es el cambio de la entidad gestora, debe ser puesto en conocimiento del partícipe o el beneficiario, al menos un mes antes a la fecha de efectos de dicho acuerdo, tal como se determina en el artículo 48, apartado 9 del citado reglamento.

No quedaba acreditado en el expediente el envío de la comunicación a la que aludía la entidad en sus alegaciones. Por lo anterior, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la gestora había incumplido el artículo 48 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.

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

Capítulo IV

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



Implantación de procedimientos telemáticos

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

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

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

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.

Capítulo IV



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

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

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

Por último, hay que señalar que 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.

Capítulo IV

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

- Inicio
- Guía para la contratación
- Glosario a | b | c | d | ...
- Preguntas frecuentes
- Reclamaciones y consultas

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 ofrecen 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.finanzasparados.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.

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 se adhirió como promotor el Ministerio de Economía, Comercio y Empresa .

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

Capítulo IV

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](http://finanzasparatodos.es), 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.



PLAN DE EDUCACIÓN FINANCIERA

Nuestro objetivo: mejorar la cultura financiera de los ciudadanos

El **Plan de Educación Financiera** es una iniciativa de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV), el Banco de España y el Ministerio de Economía, Comercio y Empresa. Tiene como objetivo mejorar la cultura financiera de los ciudadanos, dotándoles de los conocimientos básicos y las herramientas necesarias para que manejen sus finanzas de forma responsable e informada.

Capítulo IV



Cabe destacar también que en el curso 2022-2023 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 2 de octubre de 2023 se celebró la novena 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 “Finanzas inclusivas, finanzas para todos”.

Tuvo lugar también en 2023, y dentro de las actividades del Plan de Educación Financiera, otra 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.

Capítulo IV

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.



Capítulo V

**riterios
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 normativa europea en vigor, tanto el 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 como 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 con 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.

Capítulo V

- Denegación por parte de la aseguradora o del mediador, del cambio de la entidad bancaria para el 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.

- 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.
- Negativa de la aseguradora a que el tomador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro, ejerza el derecho a resolver el contrato, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que se le entregue la póliza, en seguros de vida en los que se garantiza un tipo de interés cierto o una renta, por entender que el valor de rescate está referenciado al valor de determinados activos financieros.

La norma solo exceptúa, de la facultad de resolución, a los contratos de seguro en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, y a los contratos en los que la rentabilidad garantizada lo esté en función de inversiones asignadas en los mismos, por eso el criterio en los casos de seguros que garantizan un tipo de interés o una renta, es considerar que no puede negarse el derecho de resolución, pues la rentabilidad no está garantizada en función de las inversiones asignadas, aunque el valor de rescate dependa de ellas.

Capítulo V

1.2. Contratos de seguros vinculados a préstamos hipotecarios

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

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

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

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

- 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 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,

Capítulo V

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

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

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

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

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

1.3. 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.

Capítulo V

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,

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V

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

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

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

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

1.5. 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

Capítulo V

indica, por parte del Servicio de Reclamaciones, que debe considerarse como un deber de diligencia mínimo, la comprobación posterior de los trabajos de los citados operarios, con el objeto de verificar que se ha dado cumplimiento a la obligación principal del asegurador, que es la prestación en caso de siniestro.

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

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

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

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

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

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

- Referido a esa misma cobertura de “daños estéticos”, el hecho de condicionar la cobertura a la aportación de una factura que acredite el gasto en la recomposición.

En estos expedientes se indica que, si no se establece en el contrato tal condición, las compañías deben abonar el importe de los daños sin que el asegurado deba aportar la factura.

- 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.

- Referido a esa misma cobertura de daños por fenómenos meteorológicos, cuando en las cláusulas del contrato se condiciona la cobertura a la superación de determinados umbrales, de lluvia, viento, etc.

Capítulo V

En estas reclamaciones se indica el criterio expuesto en la Sentencia del Tribunal Supremo 160/2021, de 22 de marzo, que considera que ese tipo de cláusulas son limitativas de los derechos de los asegurados, y, por tanto, para su aplicación, deben estar destacadas en el contrato y ser expresamente aceptadas con la firma del tomador.

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

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

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

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

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

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 su incidencia en 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.

Capítulo V

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.

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.

Capítulo V

- 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.

- Cláusulas de exclusión de cobertura de la asistencia sanitaria derivada de las lesiones consecuencia de la participación como aficionado en competiciones deportivas de cualquier tipo.

El criterio es considerar que tendría la consideración de cláusula limitativa de los derechos de los asegurados por restringir de manera sorpresiva sus derechos a la indemnización una vez acaecido el siniestro.

- Aplicación del apartado segundo de la disposición adicional quinta de la Ley de Contrato de Seguro en lo referido al denominado derecho al olvido oncológico.

En algunas consultas se ha solicitado información acerca de si la nueva normativa, en vigor desde el 30/06/2023, resulta de aplicación a contratos de asistencia sanitaria renovables, suscritos con anterioridad a esa fecha. En la contestación a estas consultas se informa que, con motivo de las renovaciones, tras la comunicación de los tomadores, las primas ya no deberían tener en cuenta la patología oncológica sufrida por el asegurado si han transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Las pólizas, a partir de su renovación, no deberían contener, si la hubiera, la exclusión de cobertura de esta situación. Se indica, asimismo, en la contestación a las consultas, que esta circunstancia no puede conllevar que alguna de las partes del contrato realice cualquier modificación unilateral de éste, en particular, se indica que no se debería realizar un nuevo cuestionario de salud.

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.

Capítulo V

- Información, durante la duración del plan, de extremos que puedan afectar los derechos de los partícipes y beneficiarios de los planes.

Con periodicidad semestral, de acuerdo con lo previsto en artículo 48.6 del Reglamento de planes y fondos de pensiones aprobado por el Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, las entidades gestoras deberán facilitar a los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales, información sobre la evolución y situación de sus derechos económicos en el plan, así como extremos que pudieran afectarles, especialmente modificaciones normativas o de las normas de funcionamiento del fondo de pensiones.

Ante las reclamaciones referidas a este tipo de derechos las entidades deben probar la puesta a disposición de la información a los partícipes y beneficiarios.

Anexos

Anexo I

Cuadros estadísticos.

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

Los escritos presentados han sido clasificados por comunidades autónomas y, dentro de éstas, por provincias. Para cada comunidad autónoma se indica el número de expedientes presentados y el porcentaje que representa respecto a la cifra total. Para cada provincia se indica el número de expedientes y el porcentaje que representan respecto al total de la comunidad autónoma. 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 2023 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
	Almería	123	6,51
	Cádiz	286	15,15
	Córdoba	148	7,84
	Granada	187	9,90
	Huelva	111	5,88
	Jaén	159	8,42
	Málaga	399	21,13
	Sevilla	475	25,16
Andalucía		1.888	14,95
	Huesca	46	14,51
	Teruel	36	11,36
	Zaragoza	235	74,13
Aragón		317	2,51
Asturias		280	2,22
Baleares		309	2,46
	Palmas (Las)	194	46,08
	Santa Cruz de Tenerife	227	53,92
Canarias		421	3,33
Cantabria		163	1,29

Anexo I

Territorio		Número	%
	Albacete	92	16,11
	Ciudad Real	147	25,74
	Cuenca	66	11,56
	Guadalajara	86	15,06
	Toledo	180	31,52
Castilla-La Mancha		571	4,52
	Ávila	43	5,87
	Burgos	156	21,28
	León	128	17,46
	Palencia	48	6,55
	Salamanca	88	12,01
	Segovia	34	4,64
	Soria	14	1,91
	Valladolid	187	25,51
	Zamora	35	4,77
Castilla y León		733	5,81
	Barcelona	1.113	79,44
	Girona	93	6,64
	Lleida	53	3,78
	Tarragona	142	10,14
Cataluña		1.401	11,10
Ceuta		13	0,10
	Alicante	433	36,39
	Castellón	99	8,32
	Valencia	658	55,29
Comunidad Valenciana		1.190	9,43
	Badajoz	151	65,37
	Cáceres	80	34,63
Extremadura		231	1,83

Anexo I

Territorio		Número	%
	Coruña, A	768	59,63
	Lugo	79	6,13
	Ourense	104	8,07
	Pontevedra	337	26,16
Galicia		1.288	10,20
Madrid		2.580	20,44
Melilla		9	0,07
Murcia		380	3,01
Navarra		139	1,10
	Álava	81	16,91
	Guipúzcoa	102	21,29
	Vizcaya	296	61,80
País Vasco		479	3,79
Rioja (La)		175	1,39
Total territorio español		12.567	99,54
Total presentados fuera del territorio español		58	0,46
Total		12.625	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 173 entidades registradas, un 66% son sociedades anónimas, el 18% mutualidades de previsión social, y el restante 16%, mutuas de seguros.

Anexo I

Cuadro A.1.II
Expedientes de reclamaciones de seguros presentados en 2023
según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	6.594	79,81
Mutua	681	8,24
Entidad Extranjera (Sucursal)	503	6,09
Entidad Extranjera (L.P.S.)	429	5,19
Mutualidad de Previsión Social	29	0,35
Otras Formas Jurídicas	26	0,32
TOTAL	8.262	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2022).

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 <ol style="list-style-type: none"> Falta de identificación de los activos en una póliza de vida. Incumplimiento por la entidad de los deberes de remitir información sobre pólizas al Registro de seguros con cobertura de fallecimiento. Devolución del importe de la prima no consumida en un seguro de protección de pagos.
Seguros de daños <ol style="list-style-type: none"> Prescripción en un seguro de hogar. Cobertura de robo en un seguro de móviles. Localización del origen de los daños por parte de la entidad en un seguro de hogar. Gastos de defensa jurídica. Inadmisión de la reclamación por falta de competencia
Mediación
<ol style="list-style-type: none"> Información a suministrar en los contratos celebrados a distancia.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> Ejecución del embargo sobre los derechos consolidados en el supuesto de desempleo de larga duración Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor de los derechos consolidados antes de la fecha de vencimiento de la garantía financiera Cobro del plan de pensiones por situación de jubilación activa.

AÑO 2015

Seguros
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none"> Plazo de carencia en un seguro de hospitalización. 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
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> Imprecisión en la redacción de una cláusula que regula el importe de la indemnización al vencimiento de un contrato de seguro de vida. Ejercicio del derecho de rescate cuando no se identifican los activos financieros en los que se invierte la prima única de un seguro de vida. Modificación unilateral por parte de la entidad del importe de los gastos a aplicar en un seguro de vida. Error en la aplicación de la cláusula que regula el valor del derecho de rescate en una póliza de vida. Cuestionario de salud en un seguro de decesos. Cuestionario de salud en un seguro de asistencia sanitaria.
<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> Excepción inoponible a la acción directa en un seguro de responsabilidad civil. Aplicación de la normativa en materia de seguros privados en relación con la normativa de servicios de pago. Limitación al derecho a la libre elección de abogado previsto en el artículo 76 d) de la Ley de Contrato de Seguro. Incumplimiento de los requisitos de la respuesta motivada en un supuesto de conflicto de intereses. Cláusula que limita el derecho a la libre elección de abogado en un seguro de defensa jurídica.
Mediación
<ol style="list-style-type: none"> Falta de acreditación de asistencia y asesoramiento durante la tramitación de un siniestro.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> Beneficiarios por fallecimiento en el supuesto de duda sobre la voluntad del partícipe fallecido respecto de su plan de pensiones. Modificación de una garantía financiera. Cláusula adicional a un contrato de préstamo.

Anexo I

AÑO 2018

Seguros
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 18. Asesoramiento sobre la entrada en vigor del seguro.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> 19. Supuesto excepcional de liquidez derivada de desempleo de larga duración. 20. Cobro parcial de derechos consolidados.

Anexo I

AÑO 2019

Seguros
<p>Seguros de personas</p> <ol style="list-style-type: none"> Oposición a la prórroga de contrato en un seguro de vida riesgo. Movilización de un plan de previsión asegurado. Importe de la renta temporal garantizada en un seguro de vida ahorro. Denegación de una asistencia urgente en un seguro de asistencia sanitaria. Publicidad en un seguro de asistencia sanitaria. Denegación de cobertura en un seguro de asistencia sanitaria. Importe de la prestación en un seguro de decesos.
<p>Seguros de daños</p> <ol style="list-style-type: none"> Importe de la indemnización en un seguro de teléfonos móviles. Valoración de los daños materiales derivados de un accidente de circulación. Incumplimiento de la obligación de presentar una respuesta motivada. Cobertura de defensa jurídica en un seguro de comunidad de propietarios. Alcance de las coberturas de un seguro de responsabilidad civil profesional. Incumplimiento de la obligación del pago del importe mínimo.
Mediación
<ol style="list-style-type: none"> Asesoramiento en un seguro de una comunidad de propietarios.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> Incumplimiento de la resolución emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora.

AÑO 2020

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

Anexo I

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

AÑO 2021

Seguros
Seguros de personas
1. Valoración de los derechos económicos en un plan individual de ahorro sistemático (PIAS).
2. Cálculo del importe de los gastos en un plan de previsión asegurado.
3. Denegación del pago de una prestación de incapacidad temporal en un seguro vinculado a un préstamo.
4. Denegación del pago de una prestación de incapacidad permanente total.
5. Solicitud de devolución de la prima abonada por el tomador de un contrato de seguro obligatorio de viajeros.
6. Discrepancia en el importe de la suma asegurada en un seguro de vida con cobertura adicional de decesos.
7. Denegación de la prestación de parte de los servicios incluidos en un seguro de decesos

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.

AÑO 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.

Anexo I

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.

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.