

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

20
24



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 2024.....	7
1. Cifras generales.....	9
2. Seguros	14
3. Distribución.....	37
4. Planes de pensiones.....	39
1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales y consultas presentadas por particulares.....	39
2. Reclamaciones y consultas sobre planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos por pensiones, planes de previsión social empresarial y consultas no presentadas por particulares	45
5. Unidad de atención telefónica.....	46
Capítulo II. Actividad de los departamentos o servicios de atención al cliente y de los defensores del cliente de las entidades aseguradoras.....	47
Capítulo III. Expedientes de especial interés.....	51
1. Seguros	54
2. Planes de pensiones.....	66
Capítulo IV. Información pública	69
Capítulo V. Criterios del Servicio de Reclamaciones.....	79
1. Seguros	80
2. Planes de pensiones.....	99
Anexo I. Cuadros estadísticos	104
Anexo II. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones.....	124

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 2024 clasificados por tipos
- IV Análisis de expedientes resueltos en 2024

Seguros

- V Evolución mensual de expedientes iniciados en 2024
- VI Reclamaciones de seguros presentadas en 2024 clasificadas por ramos o agrupaciones
- VII.1 Reclamaciones de seguros resueltas en 2024 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VII.2 Reclamaciones de seguros resueltas en 2024 clasificadas por ramos atendiendo a su forma de terminación
- VIII Consultas resueltas en 2024 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX.1 Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024
- IX.2 Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2024 en relación al volumen de primas devengadas
- IX.3 Aseguradoras con mayor volumen de primas devengadas en 2024 en relación con el número de reclamaciones presentadas
- IX.4 Aseguradoras con mayor ratio del número de reclamaciones presentadas en 2024 en relación con el número de pólizas
- X Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 y análisis de la forma de terminación
- A.1.I Expedientes iniciados en 2024 clasificados territorialmente
- A.1.II Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2024 según la forma jurídica de la entidad reclamada

Distribución

- XI Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2024
- XII Reclamaciones resueltas en 2024 clasificadas por asuntos
- XIII.1 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024

Índice

XIII.2 Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

XIV Evolución mensual de expedientes iniciados en 2024

XV Reclamaciones resueltas en 2024 clasificadas por asuntos

XVI Gestoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024

XVII Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 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 2024

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 2024

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 2024

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 2024. 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 2024, 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 2024 ha aumentado un 11,50% respecto al año anterior, siendo la cifra total de expedientes iniciados 14.934; el incremento es de un 11,38% en lo que se refiere a reclamaciones presentadas frente a entidades

aseguradoras, mientras que en reclamaciones de planes se ha producido una disminución del 18,02%.

- La cifra de **expedientes resueltos** este año se elevó a 10.935
- En cuanto al **sentido de los informes** con los que finalizan los expedientes de reclamación, un 44,67% terminó con un informe favorable al reclamante, un 30,09% finalizó con un informe favorable a la entidad y en el restante 25,24% 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 59,75% se ha resuelto a favor del reclamante y el restante 40,25% 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 2024 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.

Presentación

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

En el capítulo dedicado a la **información pública** se recogen todas aquellas actuaciones llevadas a cabo por el Servicio de Reclamaciones con la finalidad de proporcionar a los ciudadanos la máxima transparencia e información sobre la protección de sus derechos e intereses. Así, en este capítulo se refleja la información publicada en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se explica el procedimiento de consulta y reclamación en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones, algunos criterios aplicados por el Servicio de Reclamaciones en la resolución de sus informes y un enlace a la red FIN-NET, que proporciona información sobre los mecanismos extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito financiero cuando la entidad aseguradora no está sometida al control del supervisor español. Además, se facilita información sobre la Sede Electrónica del Ministerio de 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 2024, 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 decimotercera 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 2024

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 2024.

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 2024, 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 2024, independientemente de que se iniciaran en 2024 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 2024.

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 2024 y los dos anteriores.

Cuadro I
Evolución mensual de los expedientes iniciados

Período	2022	2023	2024
Enero	807	1.001	1.258
Febrero	895	1.102	1.417
Marzo	1.101	1.299	1.285
Abril	858	1.055	1.557
Mayo	932	1.233	1.400
Junio	955	1.263	1.239
Julio	855	1.130	1.220
Agosto	690	812	921
Septiembre	881	1.042	1.058
Octubre	921	1.141	1.330
Noviembre	964	1.266	1.210
Diciembre	938	1.050	1.039
TOTALES	10.797	13.394	14.934

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 15.113 expedientes iniciados en 2024, frente a los 13.519 del periodo anterior.

El cuadro II proporciona información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2024. 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	755	12	36	8	3	443	1.257
Febrero	847	22	31	18	2	496	1.416
Marzo	794	8	27	13	11	432	1.285
Abril	1.019	15	46	12	1	464	1.557
Mayo	895	23	27	16	5	433	1.399
Junio	783	8	4	19	5	420	1.239
Julio	752	8	5	14	3	438	1.220
Agosto	517	11	3	9	4	377	921
Septiembre	685	3	12	3	3	349	1.055
Octubre	808	15	21	12	6	467	1.329
Noviembre	740	9	11	12	4	432	1.208
Diciembre	607	7	17	10	6	401	1.048
TOTAL 2024	9.202	141	240	146	53	5.152	14.934
TOTAL 2023	8.262	172	439	114	37	4.370	13.394
DIFERENCIA	940	-31	-199	32	16	782	1.540
% VARIACION	11,38	-18,02	-45,33	28,07	43,24	17,89	11,50

Expedientes resueltos

Los cuadros III y IV proporcionan información sobre la totalidad de **expedientes resueltos** por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2024. 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 2024 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 2024 y los presentados en años anteriores.

Capítulo I

Cuadro III
Expedientes resueltos al cierre de 2024
clasificados por tipos

Tipo de expediente	Total resueltos en 2024		
	Iniciados antes de 01/01/2024	Iniciados en 2024	Total
Reclamación de seguros	4.781	555	5.336
Reclamación de planes	101	3	104
Reclamación de corredores	154	23	177
Consulta de seguros y sobre procedimiento	44	94	138
Consulta de planes	19	9	28
Escritos no admitidos	0	5.152	5.152
TOTAL	5.099	5.836	10.935

El cuadro IV ofrece un análisis de la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2024.

Cuadro IV
Análisis de expedientes resueltos en 2024

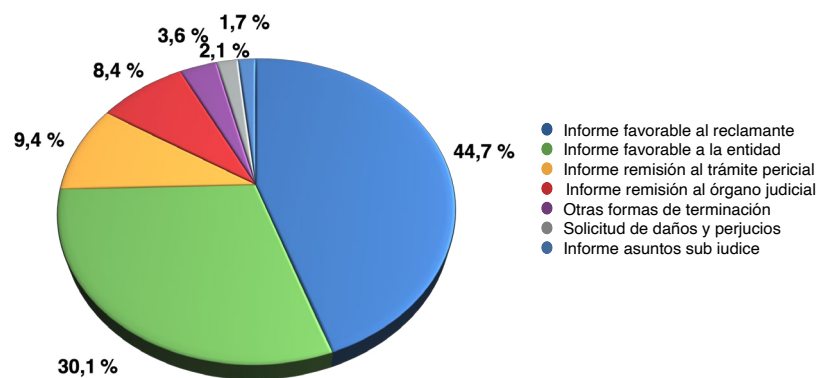
Reclamaciones	Número	Total	%
1) Reclamaciones resueltas		5.617	51,37
1.a) Reclamaciones admitidas			
Informe favorable al reclamante	2.509		
Informe favorable a la entidad	1.690		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	201		
Informe asuntos sub iúdice	96		
1.b) Reclamaciones no admitidas artículo 10.1 de la Orden ECC/2502/2012			
Informe remisión al trámite pericial	530		
Informe remisión al órgano judicial	473		
Solicitud de daños y perjuicios	118		
2) Escritos no admitidos		5.152	47,11
TOTAL RECLAMACIONES		10.769	
Consultas			
3) Resolución de consultas		166	1,52
EXPEDIENTES TERMINADOS		10.935	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 2024.

Reclamaciones resueltas clasificadas por su forma de terminación



Del total de los expedientes terminados, 5.617 **son expedientes de reclamación**, lo que supone el 51% del total de expedientes resueltos en 2024. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) La cifra de **reclamaciones resueltas con un informe favorable al reclamante**, es decir, estimando la pretensión del reclamante, se eleva a 2.509, lo que supone el 44,67% del total de las reclamaciones.
- b) Las **reclamaciones resueltas a favor de la entidad** se elevan a 1.690, lo que supone el 30,09% 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 530, lo que representa el 9,44% 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 473 expedientes, lo que supone un 8,42% 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 201 y suponen el 3,58% del total de las resueltas.
- f) Las reclamaciones en las que se plantearon controversias sobre **cuantificaciones de daños y perjuicios** ascendieron a 118, suponiendo un 2,10% del total, resolviéndose en estos casos que el Servicio de Reclamaciones no tiene competencias para pronunciarse sobre este extremo.
- g) Por último, las 96 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 1,71% 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** 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 el número de casos, 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 2024 clasificados por tipos.

Cuadro V
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2024

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Enero	755	431	8	1	1.195
Febrero	848	484	18	1	1.351
Marzo	793	418	13	3	1.227
Abril	1.018	442	12	3	1.475
Mayo	895	414	16	2	1.327
Junio	783	390	19	1	1.193
Julio	752	422	14	1	1.189
Agosto	517	359	9	2	887
Septiembre	685	334	3	2	1.024

Capítulo I

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Consultas	Consultas no admitidas	Total
Octubre	809	453	12	2	1.276
Noviembre	740	408	12	4	1.164
Diciembre	607	378	10	4	999
TOTAL 2024	9.202	4.933	146	26	14.307
TOTAL 2023	8.262	4.213	114	36	12.625
DIFERENCIA	940	720	32	-10	1.682
% VARIACION	11,38	17,09	28,07	-27,78	13,32

El cuadro VI contiene información sobre los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones presentadas en el año 2024.

Cuadro VI
Reclamaciones de seguros presentadas en 2024
clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos

Ramos o agrupaciones	Total 2024	% S/ Total 2024	Total 2023	% S/ Total 2023	Diferencia 2024 – 2023
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	3.905	42,44	3.458	41,85	447
Vehículos	1.841	20,01	1.486	17,99	355
Vida	977	10,62	1.093	13,23	-116
Enfermedad	946	10,28	812	9,83	134
Perdidas pecuniarias diversas	512	5,56	356	4,31	156
Responsabilidad civil general	292	3,17	247	2,99	45
Decesos	270	2,93	264	3,20	6
Defensa jurídica	227	2,47	248	3,00	-21
Asistencia	130	1,41	184	2,23	-54
Accidentes	102	1,11	113	1,36	-11
Caución	0	0	1	0,01	-1
TOTAL	9.202	100	8.262	100	940

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

Capítulo I

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 2024, 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 2024
atendiendo a la materia objeto de reclamación

Vida	Nº	%
Rechazo del siniestro	251	31,34
Falta de información o información incorrecta	174	21,72
Disconformidad con el importe recibido	137	17,10
Devolución de la prima no consumida	72	8,99
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	40	4,99
Retraso en el pago	29	3,62
Alta sin autorización del tomador	29	3,62
Otras materias	29	3,62
Aumento de prima	27	3,37
No renovación del contrato por iniciativa de la compañía	13	1,62
TOTAL	801	15,01

Accidentes	Nº	%
Rechazo del siniestro	110	53,40
Disconformidad con el importe de la indemnización	44	21,36
Otras materias	19	9,22
Falta de información o información incorrecta	13	6,31
Retraso en el pago	12	5,83
Devolución de la prima no consumida	8	3,88
TOTAL	206	3,86

Capítulo I

Enfermedad y asistencia sanitaria	Nº	%
Rechazo del siniestro	511	55,73
Disconformidad con la prestación	105	11,45
Aumento de la prima	85	9,27
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	61	6,65
Otras materias	44	4,80
Falta de información o información incorrecta	43	4,69
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	39	4,25
Devolución de prima no consumida	29	3,16
TOTAL	917	17,19

Vehículos terrestres	Nº	%
Disconformidad con la valoración de indemnización o la forma de reparación	114	29,84
Rechazo del siniestro	77	20,16
Solicitud de devolución de prima no consumida	60	15,71
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	31	8,12
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	29	7,59
Aumento de prima	27	7,07
Otras materias	20	5,24
Falta de información o información incorrecta	15	3,93
Retraso en el pago	9	2,36
TOTAL	382	7,16

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Disconformidad con la valoración de la indemnización o la forma de reparación	714	44,60
Rechazo del siniestro	636	39,73
Solicitud de no renovación del contrato por el tomador no realizada por la entidad	50	3,12
Otras materias	48	3,00
Retraso en el pago	40	2,50
Aumento de prima	33	2,06
Solicitud de devolución de prima no consumida	26	1,62

Capítulo I

Incendio y elementos naturales/otros daños a los bienes	Nº	%
Falta de información o información incorrecta	19	1,19
No renovación del contrato a iniciativa de la compañía	18	1,12
Alta o modificación sin autorización del tomador	17	1,06
TOTAL	1.601	30,00

Responsabilidad civil general	Nº	%
Rechazo del siniestro	56	68,29
Disconformidad con la valoración de la indemnización	21	25,61
Retraso en el pago	3	3,66
Otras materias	2	2,44
TOTAL	82	1,54

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

Pérdidas pecuniarias diversas	Nº	%
Rechazo del siniestro	374	79,07
Disconformidad con la valoración de la indemnización	62	13,11
Otras materias	17	3,59
Devolución de la prima no consumida	11	2,33
Retraso en el pago	9	1,90
TOTAL	473	8,86

Defensa jurídica	Nº	%
Rechazo del siniestro	313	68,49
Disconformidad con la valoración de la indemnización	106	23,19
Retraso en el pago	26	5,69
Otras materias	12	2,63
TOTAL	457	8,56

Capítulo I

Asistencia	Nº	%
Rechazo del siniestro	67	37,64
Disconformidad con la prestación	53	29,78
Retraso en la prestación o en la tramitación	25	14,04
Otras materias	20	11,24
Solicitud devolución de prima no consumida	13	7,30
TOTAL	178	3,34

Decesos	Nº	%
Disconformidad con la devolución del exceso de suma asegurada	62	26,16
Aumento de prima	53	22,36
Rechazo de la prestación	49	20,68
Otras materias	48	20,25
Falta de información o información incorrecta	16	6,75
Devolución de prima no consumida	9	3,80
TOTAL	237	4,44

Todos los ramos	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2024	5.336	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 31%, 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, casi el 22%, tiene que ver con el asesoramiento recibido en la fase previa a la contratación y/o durante la vida del contrato. Los reclamantes ponen de manifiesto la deficiente información recibida, e incluso alegan que desconocían que el producto contratado tuviese la naturaleza de un contrato de seguro en lugar de un producto bancario con liquidez garantizada. Por parte del Servicio de Reclamaciones quiere resaltarse que los nombres comerciales que se dan a los diferentes productos no deberían dejar lugar a dudas de que lo que se está contratando es un seguro; asimismo, tanto la información previa, reforzada por la normativa reciente, como la redacción del propio contrato, deben ser lo más claras y precisas posibles, aún en el caso de tratarse de productos complejos. En este sentido es fundamental incidir en la formación y en las prácticas de comercialización de todo tipo de distribuidores de seguros.

El tercero de los motivos, el 17%, 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.

- Seguro de accidentes

En 2024, el 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 21%, se debe a la disconformidad del asegurado con el importe de la indemnización recibida, que suele tener que ver con la aplicación del baremo previsto en la póliza.

- Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria

El rehúse del siniestro también constituye el primer motivo de las reclamaciones resueltas en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, en torno al 56%, 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 26%. 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 22%, 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 21%, 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, el 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 20%, 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 de este.

- 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 45%, 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 40%, 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 68% 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, el 79%, 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 los 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 68%, 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.

- Seguro de asistencia

En el ramo de asistencia la causa de reclamación más frecuente es la referida al rechazo del siniestro, en torno al 38%, que suele referirse a las diferentes interpretaciones que

Capítulo I

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 2024 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	1.601	282	340	622	38,85	487	30,42	492	30,73
Enfermedad y asistencia sanitaria	917	195	248	443	48,31	266	29,01	208	22,68
Vida	801	121	343	464	57,93	195	24,35	142	17,72
Perdidas pecuniarias diversas	473	56	65	121	25,58	242	51,16	110	23,26
Defensa jurídica	457	68	139	207	45,30	157	34,35	93	20,35
Vehículos terrestres	382	105	77	182	47,64	88	23,04	112	29,32
Decesos	237	19	112	131	55,27	49	20,68	57	24,05
Accidentes	206	14	56	70	33,98	73	35,44	63	30,58
Asistencia	178	17	60	77	43,26	60	33,71	41	23,03
Responsabilidad civil general	82	8	31	39	47,56	14	17,07	29	35,37
Caución	2	1	0	1	50,00	1	50,00	0	0
Total	5.336	886	1.471	2.357	44,17	1.632	30,59	1.347	25,24

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 2024.

Cuadro VIII
Consultas resueltas en 2024 atendiendo a la materia objeto de la consulta

Materia	Nº	%
Información sobre seguro de personas	57	41,30
Información sobre normativa general de contrato de seguro	32	23,19
Información sobre seguros de daños	30	21,74
Información sobre cómo reclamar	19	13,77
TOTAL	138	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 2024 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 la Presidencia, Justicia, y Relaciones con las Cortes. 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 2024. En este cuadro se distingue entre los siguientes conceptos: el número total de reclamaciones presentadas en el año 2024, el total de reclamaciones presentadas en el año 2023, 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 sus magnitudes, tenga en sí misma un significado económico o de gestión.

Cuadro IX.1
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024

Denominación	Total 2024	Total 2023	Diferencia	% Variación	Ratio reclamaciones
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	864	734	130	17,71	0,1419
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	545	494	51	10,32	0,2350
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	514	499	15	3,01	0,3169
OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG. Y REASEGUROS	475	358	117	32,68	0,1458
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	434	294	140	47,62	0,1822
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	405	400	5	1,25	0,1262
GENERALI ESPAÑA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	383	344	39	11,34	0,1490
SANTA LUCÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	354	334	20	5,99	0,1890
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. SEGUROS REASEGUROS	340	281	59	21,00	0,0670
VIDA-CAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	302	410	-108	-26,34	0,0291

Capítulo I

Denominación	Total 2024	Total 2023	Diferencia	% Variacion	Ratio reclamaciones
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	299	220	79	35,91	0,2933
PELAYO MUTUA SEGUROS REASEGUROS P/FIJA	268	200	68	34,00	0,6554
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	230	168	62	36,90	0,2073
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	228	162	66	40,74	0,6021
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	166	157	9	5,73	0,1511
BBVA ALLIANZ, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	164	151	13	8,61	0,3095
WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC	152	91	61	67,03	Ver nota
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEG.	136	126	10	7,94	0,0865
ZURICH INSURANCE EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA	135	122	13	10,66	Ver nota
GENERALI SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	129	100	29	29,00	0,1220
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA	114	87	27	31,03	0,1134
HELVETIA CIA SUIZA, S.A. DE SEG. Y REASEG.	111	117	-6	-5,13	0,2015
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	97	86	11	12,79	0,0468
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS.S.A.	93	86	7	8,14	0,0598
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, CIA ASEG., S.A.	87	58	29	50,00	0,0555

- NOTAS:
- Para el cálculo del ratio, se toman los datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2024.
 - Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC no puede indicarse el ratio, ya que las 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.

Capítulo I

El cuadro IX.2 ofrece información sobre las veinticinco entidades aseguradoras con mayor ratio de número de reclamaciones por cada millón de euros de primas devengadas, ordenadas en función de dicho ratio.

Cuadro IX.2
Aseguradoras con mayor ratio de reclamaciones en 2024 en relación con el volumen de primas devengadas

Entidades	Número	Primas devengadas total 2024	Ratio reclamaciones
NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES, CIA DE S	68	72.910.532,53	0,9326
PELAYO MUTUA SEGUROS REASEGUROS P/ FIJA	268	408.883.796,40	0,6554
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	228	378.691.008,10	0,6021
KUTXABANK ASEGURADORA CIA.SEG.Y REASEG.,S.A.	61	126.098.853,90	0,4837
CAJAMAR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	58	123.163.600,59	0,4709
MUTUA MMT, SOCIEDAD DE SEGS A P.FIJA	30	68.009.042,55	0,4411
VERTI ASEGURADORA., CÍA. SEG. Y REASEG., S.A.	54	132.093.195,22	0,4088
DIVINA PASTORA SEGUROS GENERALES, S.A.	35	102.820.456,00	0,3404
BANSABADELL SEGUROS GENERALES, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	67	204.990.927,48	0,3268
IRIS GLOBAL SOLUCIONES PROTEC. SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	23	72.480.490,24	0,3173
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	514	1.622.210.066,73	0,3169
SOLISS MUTUA DE SEGUROS	16	50.483.768,51	0,3169
BBVA ALLIANZ, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	164	529.926.486,62	0,3095
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	299	1.019.605.524,49	0,2933
AEGON ESPAÑA, S.A. SEG. Y REASEG.	35	145.327.207,43	0,2408
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	545	2.319.583.101,52	0,2350
MUTUA TINERFEÑA, MUTUA DE SEGS. Y REASEG	12	53.411.664,99	0,2247

Capítulo I

Entidades	Número	Primas devengadas total 2024	Ratio reclamaciones
PREVENTIVA CIA.SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	29	131.614.031,32	0,2203
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	230	1.109.452.596,25	0,2073
ALMUDENA CIA.DE SEGS. Y REASEGS. S.A.	21	108.719.087,58	0,1932
HELVETIA CIA SUIZA, S.A. DE SEG. Y REASEG.	111	550.886.934,86	0,2015
SANTA LUCÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	354	1.873.364.155,91	0,1890
ABANCA GENERALES DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	13	69.998.086,45	0,1857
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	434	2.382.063.098,12	0,1822
RGA SEGUROS GRALES. RURAL S.A. SEG. Y REAS.	56	326.449.953,86	0,1715

NOTA:
- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2024.

El cuadro IX.3 ofrece información del ratio de reclamaciones correspondientes a las 25 entidades con mayor volumen de primas devengadas en 2024. En este cuadro se hace referencia al volumen de primas devengadas en 2024 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 2024 en relación con el número de reclamaciones

Entidades	Primas devengadas total 2024	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	1.622.210.066,73 (14)	514 (3)	0,3169
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	1.019.605.524,49 (22)	299 (11)	0,2933
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.319.583.101,52 (8)	545 (2)	0,2350
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.109.452.596,25 (19)	230 (13)	0,2073

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2024	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
SANTA LUCIA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	1.873.364.155,91 (12)	354 (8)	0,1890
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	2.382.063.098,12 (7)	434 (5)	0,1822
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	1.098.783.391,30 (20)	166 (15)	0,1511
GENERALI ESPAÑA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	2.570.372.455,75 (6)	383 (7)	0,1490
OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.258.081.443,99 (4)	475 (4)	0,1458
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	6.088.510.033,63 (2)	864 (1)	0,1419
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3.210.380.374,61 (5)	405 (6)	0,1262
GENERALI SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	1.057.754.767,67 (21)	129 (20)	0,1220
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA	1.005.153.982,44 (23)	114 (21)	0,1134
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEG.	1.572.909.481,81 (15)	136 (18)	0,0865
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. SEGUROS REASEGUROS	5.076.655.176,89 (3)	340 (9)	0,0670
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS.S.A.U.	1.554.361.258,29 (17)	93 (24)	0,0598
FIATC, MUTUA DE SEGUROS.Y REASEGUROS	933.424.137,98 (24)	53 (33)	0,0568
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, CIA ASEG., S.A.	1.568.345.106,16 (16)	87 (25)	0,0555
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	2.074.797.362,35 (11)	97 (23)	0,0468
IBERCAJA VIDA, CIA. DE SEGS. Y REAS. S.A	712.461.462,00 (26)	31 (48)	0,0435
VIDA-CAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	10.386.391.518,97 (1)	302 (10)	0,0291
AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGS. Y REASEGS	901.614.494,90 (25)	23 (54)	0,0255
MAPFRE VIDA S.A. DE SEGUROS	2.186.446.311,01 (10)	43 (36)	0,0197
CONSORCIO COMPENSACIÓN SEGUROS	1.130.310.626,83 (18)	17 (66)	0,0150

Capítulo I

Entidades	Primas devengadas total 2024	Nº reclamaciones	Ratio reclamaciones
BANSABADELL VIDA, SDAD. ANON. DE SGS. Y RSGS.	1.859.306.122,88 (13)	20 (60)	0,0108

NOTA:
- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2024.

El cuadro IX.4 ofrece información de las 25 entidades con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024 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 2024 en relación con el número de pólizas**

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
PELAYO MUTUA SEGUROS REASEGUROS P/FIJA	268	1.174.821	0,0228
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	228	1.063.825	0,0214
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	514	3.640.001	0,0141
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA	114	871.460	0,0131
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS.S.A.	93	758.375	0,0123
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	545	4.682.008	0,0116
BBVA ALLIANZ, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	164	1.507.432	0,0109
GENERALI ESPAÑA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	383	4.102.207	0,0093
HELVETIA CIA SUIZA, S.A. DE SEG. Y REASEG.	111	1.237.530	0,0090
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	434	4.997.451	0,0087
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	864	10.940.539	0,0079

Capítulo I

Entidades	Reclamaciones	Número pólizas	Ratio reclamaciones/ Número pólizas
OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG.Y REASEGUROS	475	6.068.795	0,0078
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	405	5.800.372	0,0070
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, CIA ASEG., S.A.	87	1.339.819	0,0065
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. SEGUROS REASEGUROS	340	5.701.470	0,0060
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	166	3.203.025	0,0052
GENERALI SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	129	2.493.090	0,0052
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	299	5.817.685	0,0051
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	97	1.996.262	0,0049
SANTA LUCÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	354	7.603.092	0,0047
VIDA-CAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	302	7.065.852	0,0043
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEG.	136	3.250.849	0,0042
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	230	6.728.163	0,0034
WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC	152	Ver nota	Ver nota
ZURICH INSURANCE EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA	135	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 2024.
- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC no puede indicarse el ratio, ya que las 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.

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 2024 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 25 entidades con mayor número de **expedientes resueltos en 2024** y su forma de terminación, a diferencia del cuadro IX en el que aparecen las entidades con más **reclamaciones presentadas** durante 2024, independientemente de que estos expedientes al término del año 2024 estuviesen resueltos o no.

Cuadro X
Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 y análisis de la forma de terminación

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	454	66	126	192	42,29	145	31,94	117	25,77
VIDA-CAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	427	72	188	260	60,89	64	14,99	103	24,12
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	264	30	35	65	24,62	112	42,42	87	32,95
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. SEGUROS REASEGUROS	255	62	41	103	40,39	66	25,88	86	33,73
SANTA LUCIA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	244	23	63	86	35,25	70	28,69	88	36,07
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	240	44	63	107	44,58	59	24,58	74	30,83
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	221	20	79	99	44,80	58	26,24	64	28,96
GENERALI ESPAÑA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	194	26	48	74	38,14	68	35,05	52	26,80
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	157	12	34	46	29,30	56	35,67	55	35,03

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	155	9	42	51	32,90	48	30,97	56	36,13
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	135	45	23	68	50,37	29	21,48	38	28,15
WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC	128	13	27	40	31,25	71	55,47	17	13,28
PELAYO MUTUA SEGUROS REASEGUROS P/FIJA	124	43	23	66	53,23	27	21,77	31	25,00
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	116	24	30	54	46,55	31	26,72	31	26,72
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	108	34	20	54	50,00	27	25,00	27	25,00
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA	87	36	15	51	58,62	21	24,14	15	17,24
BBVA ALLIANZ, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	82	27	16	43	52,44	30	36,59	9	10,98
GENERALI SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	82	23	21	44	53,66	20	24,39	18	21,95
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	78	24	22	46	58,97	23	29,49	9	11,54
HELVETIA CIA SUIZA, S.A. DE SEG. Y REASEG.	69	3	28	31	44,93	16	23,19	22	31,88
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEG.	66	11	18	29	43,94	27	40,91	10	15,15
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	66	11	16	27	40,91	22	33,33	17	25,76
ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS.S.A.U.	56	17	23	40	71,43	7	12,50	9	16,07

Capítulo I

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la Entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
ZURICH INSURANCE EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA	54	11	12	23	42,59	14	25,93	17	31,48
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, CIA ASEG., S.A.	53	6	18	24	45,28	19	35,85	10	18,87

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 2024 y su variación con respecto al año anterior.

Cuadro XI
Evolución mensual de las reclamaciones presentadas en 2024

Período	Reclamaciones	Reclamaciones no admitidas	Total
Enero	36	8	44
Febrero	31	7	38
Marzo	27	7	34
Abril	46	13	59
Mayo	27	12	39
Junio	4	21	25
Julio	5	10	15
Agosto	3	11	14
Septiembre	12	8	20
Octubre	21	7	28
Noviembre	11	15	26
Diciembre	17	9	26
TOTAL 2024	240	128	368
TOTAL 2023	439	59	498
DIFERENCIA	-199	69	-130
% VARIACION	- 45,33	116,95	-26,10

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	158	89,27
Otros motivos	16	9,04
Cambio de la entidad aseguradora sin consentimiento del tomador	3	1,69
AÑO 2024	177	100

En el siguiente cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones presentadas durante 2024 y su porcentaje respecto al total de presentadas.

Cuadro XIII.1
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones presentadas en 2024

Corredurías	Número	%
SFAM	109	45,42
Cover Genius Europe B.V.	27	11,25
Intermundial XXI, S.L.	26	10,83

En el cuadro XIII.2 se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las dos corredurías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2024 por el Servicio de Reclamaciones.

Capítulo I

Cuadro XIII.2
Corredores y corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 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	123	1	114	115	93,50	1	0,81	7	5,69
Intermundial XXI,S.L.	26	1	2	3	11,54	21	80,77	2	7,69

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.

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 2024 y clasificados por meses.

Capítulo I

Cuadro XIV
Evolución mensual de expedientes iniciados en 2024

Periodo	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de planes no admitidas	Consultas de particulares	Consultas no admitidas	Total
Enero	12	3	3	0	18
Febrero	22	4	2	0	28
Marzo	8	5	11	0	24
Abril	15	7	1	0	23
Mayo	23	5	5	0	33
Junio	8	7	5	1	21
Julio	8	6	3	0	17
Agosto	11	5	4	0	20
Septiembre	3	5	3	0	11
Octubre	15	3	6	1	25
Noviembre	9	5	4	0	18
Diciembre	7	8	6	0	21
TOTAL 2024	141	63	53	2	259
TOTAL 2023	172	57	37	5	271
DIFERENCIA	-31	6	16	-3	-12
% VARIACION	-18,02	10,53	43,24	-60	-4,43

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

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

Capítulo I

El cuadro XV clasifica el total de reclamaciones resueltas en el año 2024 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 2024 clasificadas por asuntos

Asunto	Número	% S/Total
Prestaciones	28	26,92
Información, comercialización y publicidad	25	24,04
Movilización de derechos consolidados	23	22,12
Otras materias	22	21,15
Beneficiarios por fallecimiento	6	5,77
TOTAL	104	100

Principales motivos de reclamación

El primer motivo de reclamación durante el año 2024 ha sido el relativo a **importe, formas y plazo para el abono de las prestaciones**, representando un 27% 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 2024, un 24%, se refiere a discrepancias planteadas por los reclamantes respecto de la **comercialización de los planes de pensiones y la publicidad** realizada sobre ellos. Estas reclamaciones ponen de manifiesto discrepancias relativas a la información recibida con ocasión de la contratación de un plan de pensiones, especialmente cuando la vocación inversora del fondo de pensiones no corresponde con las expectativas de rentabilidad y riesgo del partícipe.

En relación con este motivo de reclamación cabe señalar que las entidades gestoras de fondos de pensiones están sujetas a unas obligaciones de información tanto con motivo de la suscripción del plan de pensiones, como durante su vigencia. 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.

Capítulo I

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 22% respecto del total de reclamaciones resueltas.

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

Por lo que respecta al cumplimiento de los plazos, el Servicio de Reclamaciones destaca en sus informes que el cómputo se inicia desde la presentación por el partícipe o beneficiario de su solicitud de movilización, con independencia de que ésta se hubiere

Capítulo I

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 2024 se han resuelto 28 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 movilización de derechos, 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 2024.

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 2024

Nombre de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	%Patrimonio gestionado s/total
Vida-Caixa S.A. de Seguros y Reaseguros	57	40,43	36,90
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	26	18,44	12,22
Renta 4 Pensiones S.A., E.G.F.P.	19	13,48	4,52

NOTA:
- Datos de patrimonio gestionado según la documentación estadístico-contable correspondiente a 2024.

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 2024 por el Servicio de Reclamaciones.

Cuadro XVII
Gestoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2024 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	33	5	2	7	21,21	6	18,18	20	60,61
Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.	24	1	3	4	16,67	3	12,50	17	70,83
BBVA Pensiones S.A., E.G.F.P.	8	1	0	1	12,50	3	37,50	4	50,00

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 2024, 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 2024

Tipo	Total presentadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo y seguros colectivos	115	58
Consultas sobre planes de pensiones de empleo, seguros colectivos y PPSE y consultas no presentadas por particulares sobre instrumentos de PSC	64	39
TOTAL 2024	179	97
TOTAL 2023	125	100
DIFERENCIA	54	-3
% VARIACION	43,20	-3,00

El total de expedientes **iniciados** en el periodo de referencia se eleva a 179, de los cuales el 64,25 % son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial, y el otro 35,75% 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 2024 se resolvieron 97 expedientes, los cuales fueron presentados tanto en el año 2024 como en el ejercicio anterior. De los expedientes resueltos anteriormente citados, 58 son reclamaciones de planes de empleo, seguros colectivos que exteriorizan compromisos por pensiones y planes de previsión social empresarial, y 39 son consultas tanto de planes de empleo, seguros colectivos de exteriorización de compromisos de pensiones y planes de previsión social empresarial como de planes de pensiones y otros instrumentos de previsión social complementaria presentadas por 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 2024 se han atendido más de 25.000 llamadas telefónicas. Además, y aunque el Servicio de Reclamaciones no tramita consultas por correo electrónico, cuando los ciudadanos se dirigen al mismo por este medio se les informa sobre cuestiones generales, tales como el procedimiento para presentar consultas, quejas y reclamaciones. En el ejercicio 2024 se han recibido y contestado en torno a 1.800 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 2024.

Cuadro XIX
Quejas y reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras en 2024

	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	142.870	3.171	2.698	145.568	50.842	71.116	15.189	137.147

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 2024, independientemente de que al finalizar el año, las reclamaciones hubiesen sido o no resueltas. Debido a las diferentes instancias de reclamación que pueden haber sido establecidas por las entidades se distingue entre:

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

Capítulo II

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

La segunda parte se refiere al número total de quejas y reclamaciones resueltas en el año 2024 por las entidades aseguradoras, independientemente de que se iniciaran en 2024 o en el año anterior y a las diferentes formas de terminación.

El número total de quejas y reclamaciones presentadas en el año 2024 ante las entidades aseguradoras se ha elevado a 145.568.

El número de reclamaciones resueltas en el año 2024 ha sido de 137.147, de las cuales un 37,07% finalizó con la estimación por la entidad aseguradora de las pretensiones del reclamante, un 51,85% finalizó con la desestimación de la pretensión del interesado, y en un 11,08% 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 2024, 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.	425	164	38,59
SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. SEGUROS REASEGUROS	912	340	37,28
SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS	483	97	20,08
VIDA-CAIXA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	2.131	302	14,17
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA S. SEGUROS A PRIMA FIJA	4.377	434	9,92
HELVETIA CIA SUIZA, S.A. DE SEG. Y REASEG.	1.254	111	8,85

Capítulo II

Compañía	Presentadas en entidad	Presentadas en DGSFP	% Presentación
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	5.067	405	7,99
OCCIDENT GCO, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEG.Y REASEGUROS	5.979	475	7,94
GENERALI ESPAÑA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS	4.889	383	7,83
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEG.	1.828	136	7,44
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA SEG Y REAS	7.118	514	7,22
OCASO S.A. CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS	3.671	230	6,27
MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	13.795	864	6,26
ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.	1.515	93	6,14
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	2.739	166	6,06
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, CIA ASEG., S.A.	1.495	87	5,82
GENERALI SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	2.623	129	4,92
PELAYO MUTUA SEGUROS REASEGUROS P/FIJA	5.531	268	4,85
SANTANDER GENERALES SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	5.131	228	4,44
LINEA DIRECTA ASEGURADORA S.A. CIA. SEG Y REASEG	7.769	299	3,85
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	15.381	545	3,54
SANTA LUCÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	11.529	354	3,07
DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA	7.829	114	1,46
WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC	Ver nota	152	Ver nota
ZURICH INSURANCE EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA	Ver nota	135	Ver nota

NOTA:

- Respecto a las entidades ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA y WHITE HORSE INSURANCE IRELAND DAC no puede indicarse el ratio, ya que las 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.



Capítulo III

Expedientes de especial interés

Capítulo III

Al igual que en años anteriores, en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2024, 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 2024, siguiendo la línea de años anteriores, se destaca la importancia de la transparencia en la relación con los asegurados. 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 casos en los que se remarca la importancia de la información precontractual, incluyendo el análisis de idoneidad del tomador.

En el apartado de seguros de daños se publican, entre otros, varios casos relativos a la cobertura del seguro obligatorio del automóvil.

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 y expedientes de planes de pensiones.

A continuación, se indican los casos objeto de publicación en 2024.

Capítulo III

Cuadro XXI
Relación de expedientes de especial interés publicados en 2024

Seguros	
Seguros de personas	
1	Información previa en un seguro de vida riesgo.
2	Seguro de vida alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).
3	Proceso de contratación de un seguro en el que el tomador asume el riesgo de la inversión.
4	Discrepancia en el importe de la movilización de un plan de previsión asegurado.
5	Subida de prima en un seguro de decesos a prima nivelada.
Seguros de daños	
6	Controversia sobre la entidad a la que corresponde abonar la indemnización por lesiones a un perjudicado en un accidente de circulación.
7	Discrepancia sobre la cobertura del seguro obligatorio del automóvil referida a los daños causados a un tercero por un tractor.
8	Desacuerdo en el importe abonado en el marco del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.
9	Denegación de la cobertura en un seguro de responsabilidad civil profesional.
10	Rehúse de la cobertura en un seguro de asistencia en viaje.
Planes de pensiones	
11	Designación de beneficiarios en un plan de pensiones individual.

Capítulo III

1. Seguros

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida riesgo.

ASUNTO:

Contradicción entre la información previa y el contrato suscrito.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido las obligaciones de información del artículo 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

CONCLUSIÓN:

La información previa a la suscripción de un contrato de vida debe ser clara y precisa sobre las garantías y las opciones ofrecidas.

1/2024. Información previa en un seguro de vida riesgo

El reclamante, tomador de un seguro de vida, solicitaba el importe de la garantía de enfermedades graves que la compañía le negaba. Se le había informado, al contratarlo, de que esa garantía era complementaria y obligatoria, y por lo tanto entendía que tenía que estar incluida en su póliza.

La entidad aseguradora alegaba que en la nota informativa del producto suscrito se indicaba, erróneamente, en el capítulo de garantías y módulos de capital ofrecidos, que la garantía de enfermedades graves era una cobertura complementaria de suscripción obligatoria. Añadía que, detectado el error, fue corregido en las notas informativas de suscripciones posteriores, y que, de hecho, en las condiciones particulares del reclamante no se contemplaba esa garantía ni se había pagado la prima correspondiente.

Entre la documentación aportada al expediente figuraba la nota informativa entregada al reclamante en la que se indicaba que la cobertura de enfermedades graves, en caso de enfermedad o accidente, era una garantía complementaria de contratación obligatoria.

El artículo 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras se refiere al deber particular de información en los seguros de vida indicando: “Sin perjuicio de lo dispuesto en los dos artículos anteriores, antes de la celebración de un contrato de seguro sobre la vida, el asegurador habrá de suministrar al tomador del seguro, por escrito o en soporte electrónico duradero, de forma clara y precisa, la siguiente información: a) Definición de las garantías y opciones ofrecidas (...).

Aunque las condiciones particulares no hacían mención expresa a la garantía objeto de la controversia, sí se mencionaban en las condiciones generales aportadas.

El Servicio de Reclamaciones consideró, en su informe final, que la entidad había incumplido el citado artículo 124 del Real Decreto 1060/2015, al informar sobre una garantía como de contratación obligatoria, cuando, según la entidad, no tenía tal carácter.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida alternativo al RETA.

ASUNTO:

Discrepancia sobre la exclusión de determinados riesgos contemplados en la normativa de la Seguridad Social en el RETA.

INFORME FINAL:

El Servicio de Reclamaciones informó de que la interpretación de la normativa del RETA excede de sus competencias, si bien en el informe se puso de manifiesto que no parecía haber causa para la exclusión de la cobertura de paternidad.

CONCLUSIÓN:

La interpretación de la Disposición adicional decimonovena del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social corresponde a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

2/2024. Seguro de vida alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA)

El reclamante manifestaba su desacuerdo con la actuación de la compañía por varios motivos relacionados tanto con el momento de la suscripción, al excluirse varios riesgos tras la cumplimentación del cuestionario de salud, como con la denegación de la prestación por paternidad. El reclamante entendía que al tratarse de un producto alternativo al RETA, la entidad no podía excluir las prestaciones que se cubren en el citado régimen por parte de la Seguridad Social.

La entidad aseguradora alegaba que, tras el análisis del cuestionario médico, se excluyeron las garantías de invalidez, incapacidad temporal profesional y fallecimiento. Añadía en sus alegaciones que la mutualidad, por razones justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente derivadas de la estimación del riesgo puede rechazar la incorporación o establecer las condiciones especiales que para su aceptación precise la técnica aseguradora.

La Disposición adicional decimonovena del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre establece en su punto 1 que “Las mutualidades de previsión social que, en virtud de lo establecido en la disposición adicional decimooctava son alternativas al alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos con respecto a profesionales colegiados, deberán ofrecer a sus afiliados, mediante el sistema de capitalización individual y la técnica aseguradora bajo los que operan, de forma obligatoria, las coberturas de jubilación; incapacidad permanente; incapacidad temporal, incluyendo maternidad, paternidad y riesgo durante el embarazo; y fallecimiento que pueda dar lugar a viudedad y orfandad.”

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se aclaró, según el criterio expresado con anterioridad en otros informes, que, determinar si en este tipo de seguros es posible hacer una valoración previa del riesgo o si es de suscripción obligatoria para las coberturas señaladas en la norma, es una cuestión que excede de las competencias del servicio, por cuanto se trata de normativa propia de materia de la Seguridad Social. En consecuencia, en este tipo de reclamaciones, se indica que se puede formular la misma a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, que es el órgano competente y, se ofrece la posibilidad de que, si el reclamante, manifiesta expresamente su consentimiento, se remita por el servicio la reclamación a dicho centro directivo.

No obstante lo anterior, en este tipo de reclamaciones, si procede, se analizan los aspectos que tienen que ver exclusivamente con la actuación de la entidad en las materias de la competencia del Servicio.

En el marco de sus competencias, en este caso, en el informe final emitido se puso de manifiesto el hecho de que, a pesar de las alegaciones de la entidad de haber excluido, entre otros riesgos, el de fallecimiento, en las condiciones particulares aportadas al expediente constaba esta cobertura como contratada, por lo que se requirió a la entidad para que informara sobre esa contradicción; también se puso de manifiesto, en el informe final, que, excluir la cobertura de paternidad no parecía poder sustentarse en la postura de la entidad referida a la posibilidad de exclusión de un riesgo por existir razones justificadas, proporcionadas y razonables, por cuanto no parecía que existiese una relación causal entre el riesgo declarado (determinadas enfermedades) y el riesgo a cubrir (paternidad).

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de vida en el que el tomador asume el riesgo de la inversión.

ASUNTO:

Discrepancia sobre la información previa y la realización del análisis de idoneidad en la contratación de un seguro de rentas vitalicias cuyo capital de fallecimiento depende del valor de las inversiones asignadas.

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 y puso de manifiesto la contradicción entre el horizonte temporal, indicado en el análisis de la idoneidad, y algunos de los productos considerados convenientes por la entidad.

CONCLUSIÓN:

En ningún caso la inversión en un elevado número de activos debe conllevar la falta de identificación de estos en el contrato si el valor de rescate o a vencimiento depende de ellos.

3/2024. Proceso de contratación de un seguro en el que el tomador asume el riesgo de la inversión

El reclamante manifestaba que había suscrito un producto en una oficina bancaria y que, el mismo día de su suscripción, había solicitado su cancelación al entender que las características del contrato no se correspondían con la información previa que se le había dado. En su reclamación se quejaba de que el producto conllevaba un riesgo que en ningún caso quería haber asumido. Al ejercer su derecho al rescate, la operación le había ocasionado pérdidas, importe que solicitaba se le devolviera.

La entidad aseguradora alegaba que el reclamante había suscrito un seguro de rentas vitalicias en el que él, como tomador, asumía el riesgo de las inversiones vinculadas, por cuanto el capital de fallecimiento dependía de estas, y que las características y riesgos del producto se incluían en la información que se le había entregado antes de la contratación. Señalaba también que en este tipo de productos no resultaba posible ejercer el derecho de desistimiento, pues el valor en caso de fallecimiento era el valor de mercado de las inversiones asignadas.

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se indicó que el artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro exceptúa, de la facultad de resolución unilateral, a los contratos de seguro como el suscrito por el reclamante, porque, a pesar de garantizar una renta vitalicia, el capital de fallecimiento dependía del valor de mercado de las inversiones asignadas.

Además de lo anterior, en el informe final se puso de manifiesto el incumplimiento de la entidad del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, que establece la obligación de que las pólizas se redacten de manera clara y precisa, al no identificarse los activos financieros vinculados al contrato. El elevado número de activos en los que se invertía en este caso, alegado por la entidad para justificar su falta de identificación, en ningún caso hace que decaiga esa obligación.

También se puso de manifiesto en el informe final que no constaba acreditado que se hubiese realizado el correspondiente análisis de idoneidad al que obliga el artículo 181 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.

En contestación al requerimiento realizado en este sentido en el informe, la entidad alegaba que el distribuidor había realizado el correspondiente análisis de idoneidad, y lo aportó al expediente. Tras la valoración de este, el Servicio de Reclamaciones puso de manifiesto la contradicción entre el horizonte temporal deseado como objetivo de inversión, cuatro años, y las familias de productos para los que el reclamante era conveniente, seguros de rentas vitalicias como el suscrito.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Plan de previsión asegurado.

ASUNTO:

Movilización a valor de mercado acaecida la contingencia de jubilación.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido el contrato de seguro, al haber valorado los derechos a valor de mercado en lugar de por el valor garantizado.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben solicitar información a los clientes sobre si han accedido o no a la situación de jubilación, o situación asimilable, ante una solicitud de movilización, dada la repercusión que tiene en la valoración.

4/2024. Discrepancia en el importe de la movilización en un plan de previsión asegurado

El reclamante mostraba su disconformidad con el importe traspasado, con el motivo de una movilización desde su plan de previsión asegurado. Se quejaba de la falta de asesoramiento al ordenar la movilización, solicitada el 5 de septiembre de 2023, e indicaba que en un documento remitido por la entidad aseguradora se le informaba de un valor garantizado por importe igual a 95.107,04 euros y que, sin embargo, el importe movilizado había sido de 88.027,53 euros. El reclamante señalaba que había accedido a la situación de jubilación en fecha 30 de diciembre de 2020, aunque debería de haberse jubilado en fecha 28 de julio de 2022, fecha que constaba en el condicionado de la póliza.

La entidad aseguradora alegaba que se había allanado a las pretensiones del reclamante y que le había abonado, después de presentada la reclamación, un importe adicional de 7.553,14 euros, completando así el valor garantizado total de 95.580,67 euros.

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se puso de manifiesto el incumplimiento del contrato de seguro por parte de la entidad aseguradora, en la medida en que, en ningún caso, debió haber movilizado a valor de mercado, al haberse efectuado la solicitud de traspaso con posterioridad a la fecha teórica de jubilación indicada en el contrato de seguro.

Capítulo III

TIPO DE SEGURO:

Seguro de decesos.

ASUNTO:

Aplicación de una subida de prima en un seguro a prima nivelada.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula que establece una revalorización del capital asegurado no puede entenderse como una condición irrenunciable por parte del tomador.

CONCLUSIÓN:

En los seguros de decesos, la revalorización del capital asegurado debe ofrecerse al asegurado con carácter opcional para que sea aceptado por éste libremente, de forma que, si el tomador no desea abonar el incremento de prima comunicado por la entidad, el contrato se mantiene con las condiciones inicialmente estipuladas y, en caso de que se produzca el siniestro, resultaría a su cargo el exceso del coste de servicio no cubierto en la póliza.

5/2024. Subida de prima en un seguro de decesos a prima nivelada

El reclamante exponía que su contrato de seguro de decesos, en el que eran asegurados su esposa y él, regulaba que, a partir de los 71 años, la prima se convertía en nivelada. Se quejaba de que, pese a haber alcanzado esa edad, la prima seguía subiendo como consecuencia de la revalorización del capital asegurado. Reclamaba que se suprimiera la cláusula de revalorización del capital asegurado para no seguir sufriendo aumentos de prima por este motivo.

La entidad aseguradora alegaba que en el contrato se pactaba una revalorización del capital asegurado de un 2% anual, siendo esta revalorización irrenunciable. Añadía que el reclamante era consciente de esta estipulación, así como de la evolución prevista de las primas y capitales al suscribir el contrato, por lo que rechazaba atender su petición.

En el informe emitido por el Servicio de Reclamaciones se indicó que, dado que la prima es un elemento esencial del contrato, para su modificación se requiere la aceptación de ambas partes. En caso de que la propia póliza no determine el importe de la prima futura o las reglas para su cálculo automático, la propuesta de modificación de la prima a la renovación del contrato ha de comunicarse al tomador en los términos establecidos en el artículo 22 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, cuyo apartado 3 regula que el asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Aunque la póliza del reclamante estipulaba una revalorización automática del capital del 2%, esto no permite conocer al tomador el importe de la prima resultante de dicha revalorización, por lo que las subidas de prima que se realicen por este motivo han de comunicarse cumpliendo con los requisitos del artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro anteriormente mencionado.

Además, se indicaba en el informe que el criterio del Servicio de Reclamaciones es que las nuevas condiciones económicas del contrato en los seguros de decesos, referidas a incrementos del capital asegurado, deben ofrecerse al tomador con carácter opcional, para que sean aceptadas por éste libremente, de forma que si no desea abonar el incremento comunicado por la entidad, el contrato se mantiene con las condiciones inicialmente estipuladas y, en caso de que se produzca el siniestro, resulta a cargo del asegurado el exceso del coste de servicio no cubierto en la póliza.

El hecho de que en la póliza se estipule una revalorización del capital asegurado no desvirtúa el criterio del Servicio de Reclamaciones, en atención al cual dicha revalorización debería poder dejarse sin efecto a solicitud del tomador, en lugar de configurarse como una cláusula cuya aplicación es irrenunciable.

Puesto que el reclamante había expresado reiteradamente su voluntad de no actualizar el capital asegurado, siendo consciente de que, llegado el momento, el capital podría no ser suficiente para cubrir un servicio fúnebre completo, el criterio del servicio fue considerar que la entidad debía atender la solicitud del reclamante y no realizar la actualización de la póliza por revalorización del capital asegurado.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro obligatorio del automóvil.

ASUNTO:

Supuesto de colisión recíproca sin culpas probadas.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que las entidades debían abonar, cada una de ellas, el 50% del importe de la indemnización al perjudicado.

CONCLUSIÓN:

En el seguro obligatorio del automóvil, para el caso de daños a las personas, solo queda exonerado de responsabilidad el conductor cuando pruebe que los daños fueron debidos a la culpa exclusiva del perjudicado o a fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo.

6/2024. Controversia sobre la entidad a la que corresponde abonar la indemnización por lesiones a un perjudicado en un accidente de circulación

El perjudicado en un accidente de circulación, que había sufrido diversas lesiones de consideración de las que continuaba convaleciente y en proceso de rehabilitación, reclamaba la correspondiente indemnización a las dos aseguradoras de los vehículos involucrados en el accidente, la del vehículo en el que era ocupante en el momento del siniestro, y la del vehículo contrario. Entendía que ambas entidades estaban incurriendo en la omisión de sus obligaciones al negarse a abonar la indemnización correspondiente, pues del atestado de la Guardia Civil se deducía la existencia de una concurrencia de culpas. Exponía que lo único que estaba recibiendo era la atención en los centros de rehabilitación pertenecientes al convenio de asistencia sanitaria.

La aseguradora del vehículo contrario alegaba que había enviado varios escritos de respuesta motivada comunicando la imposibilidad de hacerse cargo del siniestro y, por tanto, de efectuar, en su caso, una oferta motivada de indemnización, al no estar determinada la responsabilidad del conductor del vehículo asegurado por ella, ni disponer de los elementos suficientes para conocer el alcance de las lesiones. Alegaba también que había informado al perjudicado de su compromiso a revisar su situación cada dos meses y que, mientras, había intentado alcanzar un acuerdo con la compañía del otro vehículo hasta en tres ocasiones, sin éxito, debido al rechazo sistemático de aquella a cualquier solución extrajudicial bajo el argumento de que el atestado imputaba la responsabilidad exclusivamente a su conductor.

La aseguradora del vehículo en el que el perjudicado era el ocupante, se limitaba a alegar que el siniestro estaba aún en tramitación y el lesionado pendiente de la estabilización de sus lesiones.

El artículo 1 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, en adelante TRLRCSCVM, establece que “El conductor de vehículos a motor es responsable, en virtud del riesgo creado por la conducción de estos, de los daños causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación.

En el caso de daños a las personas, de esta responsabilidad sólo quedará exonerado cuando pruebe que los daños fueron debidos a la culpa exclusiva del perjudicado o a fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento del vehículo; no se considerarán casos de fuerza mayor los defectos del vehículo ni la rotura o fallo de alguna de sus piezas o mecanismos (...)”.

Por su parte el artículo 7 del citado TRLRCSCVM establece la obligación de presentar una respuesta u oferta motivada por parte de las aseguradoras tras la comunicación de un siniestro objeto de la norma.

Sigue →

Capítulo III

Se había aportado al expediente el atestado íntegro elaborado por la Guardia Civil, del que se deducía que no se trataba de un supuesto de concurrencia de causas o de culpas en el accidente, en el que habría que determinar la contribución causal de cada uno de los vehículos implicados, cuestión que excedería de la competencia del Servicio de Reclamaciones, sino ante un caso de colisión recíproca sin culpas probadas, puesto que no se podía determinar si alguno de los conductores de los vehículos intervinientes había invadido el sentido contrario.

En la Sentencia del Pleno de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, de 10 de septiembre de 2012, confirmada por otras posteriores, el Tribunal Supremo establece su doctrina sobre los accidentes en los que se producen colisiones recíprocas sin culpas probadas, como es el caso de la reclamación. En realidad, lo que hace el Alto Tribunal es interpretar el artículo 1 del TRLRCSCVM y aplicarlo a este tipo de casos. En el caso objeto de análisis en esa sentencia hubo lesionados en los dos vehículos implicados en el accidente. Para la Sala, “Como regla de principio, ambos conductores deben, en consecuencia, responder del daño corporal causado a los ocupantes del otro vehículo en atención al riesgo creado por su propio vehículo. En particular el demandado debe responder, por el riesgo por él generado mediante la conducción, de los daños personales causados al demandante. No puede exonerarse al demandado, pues no se ha probado que entre su actuación y el resultado se interfiriese causalmente un elemento extraño (como la culpa exclusiva del demandante o la fuerza mayor ajena al funcionamiento del vehículo del demandado y a la conducción) apto para excluir su imputación”.

En tal caso, esta solución -dice la sentencia- traslada la controversia al tema de si procede o no que cada conductor resarza por completo los daños corporales causados a los ocupantes del otro vehículo implicado en la colisión. La Sala estima que “encontrándonos ahora en este último caso de incertidumbre causal, en que no se ha podido acreditar el concreto porcentaje en que ha contribuido el riesgo de cada vehículo al resultado producido, procede declarar a cada uno de sus conductores plenamente responsable de los daños sufridos por los ocupantes del otro vehículo implicado en la colisión, de tal manera que corresponde al demandado abonar el 100% de los daños personales reclamados por el recurrente que resulten acreditados”.

Aplicada la citada doctrina al asunto objeto de la reclamación, el Servicio de Reclamaciones, en su informe final, consideró, dado que en este caso los daños se produjeron solo al ocupante de uno de los dos vehículos implicados, que ambas entidades deberían contribuir, cada una de ellas, al 50% de los daños del único perjudicado.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro obligatorio del automóvil.

ASUNTO:

Discrepancia sobre si los daños derivados de un siniestro constituyen o no un hecho de la circulación.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que resultaba de aplicación la jurisprudencia del TJUE respecto a la interpretación del concepto de «hecho de la circulación» y, por tanto, la entidad debía asumir, como cobertura del seguro obligatorio, los daños ocasionados por el vehículo agrícola a un tercero.

CONCLUSIÓN:

De acuerdo con la jurisprudencia del TJUE, el concepto de «circulación de vehículos» que figura en la Directiva 2009/103/CE, no se limita a las situaciones de circulación vial, es decir, de circulación por la vía pública, sino que incluye cualquier utilización de un vehículo que sea conforme con su función habitual.

7/2024. Discrepancia sobre la cobertura del seguro obligatorio del automóvil referida a los daños causados a un tercero por un tractor

El reclamante, responsable de un accidente, se quejaba de la negativa de su aseguradora a abonar los daños ocasionados en el techo de la nave de un tercero mientras circulaba con su tractor en el interior de aquélla.

La compañía alegaba que había rechazado el siniestro por considerar, de acuerdo con su informe pericial, que los daños no derivaban de un hecho de la circulación, sino de la realización de tareas agrícolas, ya que, en el momento del accidente, el reclamante estaba moviendo forraje.

El artículo 2 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto 1507/2008, de 12 de septiembre, vigente en el momento del acaecimiento del siniestro, establece que: “1. A los efectos de la responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor y de la cobertura del seguro obligatorio regulado en este Reglamento, se entienden por hechos de la circulación los derivados del riesgo creado por la conducción de los vehículos a motor a que se refiere el artículo anterior, tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, urbanos o interurbanos, así como por vías o terrenos que sin tener tal aptitud sean de uso común.

No se entenderán hechos de la circulación: (...) b) Los derivados de la realización de tareas industriales o agrícolas por vehículos a motor especialmente destinados para ello, sin perjuicio de la aplicación del apartado 1 en caso de desplazamiento de esos vehículos por las vías o terrenos mencionados en dicho apartado cuando no estuvieran realizando las tareas industriales o agrícolas que les fueran propias. (...)”

En el informe final emitido se señaló por el Servicio de Reclamaciones que, de acuerdo con la jurisprudencia del TJUE, el concepto de «circulación de vehículos» que figura en la Directiva 2009/103/CE, no se limita a las situaciones de circulación vial, es decir, de circulación por la vía pública, sino que incluye cualquier utilización de un vehículo que sea conforme con su función habitual.

En virtud de lo anterior, en el caso objeto de la reclamación, al estar realizando el tractor labores que le eran propias, los hechos tendrían la consideración de hecho de la circulación y, por lo tanto, debían ser objeto de cobertura.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro obligatorio de automóviles.

ASUNTO:

Negativa de la entidad a actualizar el importe abonado por las lesiones sufridas en un accidente de circulación.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido el artículo 40.1 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

CONCLUSIÓN:

Las entidades deben aplicar el baremo del año del accidente, pero actualizado a la fecha del pago de la indemnización.

8/2024. Desacuerdo en el importe abonado en el marco del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación

El reclamante, perjudicado en un accidente de circulación sufrido en 2023, pero indemnizado en 2024, se quejaba de que la entidad aseguradora del responsable no le hubiera abonado el importe actualizado al baremo del año 2024.

La entidad alegaba que, dado que el reclamante había recibido el alta médica en el año de 2023, el baremo a emplear en el cálculo de la indemnización resultaba ser el de ese año.

El artículo 40.1 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, por el que se aprueba el establecimiento de que “La cuantía de las partidas resarcitorias será la correspondiente a los importes del sistema de valoración vigente a la fecha del accidente, con la actualización correspondiente al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial”.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, basado en lo establecido en el artículo anteriormente citado, fue considerar que la entidad debía abonar al reclamante el importe de la indemnización de acuerdo con el baremo vigente en la fecha del accidente, 2023, pero actualizado en la fecha en la que se produce el pago, 2024.

Capítulo III

TIPO SEGURO:

Seguro de responsabilidad civil profesional.

ASUNTO:

Denegación de la cobertura por aplicación de las cláusulas de delimitación temporal del contrato.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el siniestro no se encontraba prescrito.

CONCLUSIÓN:

Con carácter general, si el siniestro, en un seguro de responsabilidad civil, se circunscribe a la reclamación del perjudicado, la comunicación al asegurado se entiende también realizada al asegurador.

9/2024. Denegación de la cobertura en seguro de responsabilidad civil profesional

El reclamante, abogado de profesión, solicitaba la cobertura de un siniestro consistente en el perjuicio causado a un cliente como consecuencia de no haber aportado, en un procedimiento judicial, un documento, lo que, según su cliente, había conllevado que la sentencia en ese procedimiento fuera desestimatoria causándole un perjuicio económico.

La entidad alegaba que había rechazado el siniestro por haberse declarado en una fecha posterior a la finalización del contrato.

El artículo 73 de la Ley de Contrato de Seguro regula el seguro de responsabilidad civil. En su apartado dos recoge el régimen de admisibilidad de las cláusulas de limitación del ámbito temporal. En concreto dispone: “Serán admisibles, como límites establecidos en el contrato, aquellas cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados ajustadas al artículo 3 de la presente Ley que circunscriban la cobertura de la aseguradora a los supuestos en que la reclamación del perjudicado haya tenido lugar dentro de un período de tiempo, no inferior a un año, desde la terminación de la última de las prórrogas del contrato o, en su defecto, de su período de duración. (...)”

En el contrato aportado al expediente se recogía la cláusula que limitaba el ámbito temporal de la cobertura. En concreto se disponía en la póliza “El contrato de seguro surte efecto por daños ocurridos por primera vez durante el periodo de vigencia, cuyo hecho generador haya tenido lugar después de la fecha de contrato y cuya reclamación sea comunicada al asegurador de manera fehaciente en el periodo de vigencia de la póliza o en el plazo de 24 meses a partir de la fecha de extinción del contrato”.

De la documentación obrante en el expediente resultaba acreditado que la primera reclamación que había recibido el asegurado databa de noviembre de 2019, y el siniestro se declaró a la aseguradora en septiembre de 2020. El contrato de seguro se había suscrito el 11 de febrero de 2015 y estuvo en vigor hasta el 11 de febrero de 2018.

Dado que la reclamación del perjudicado al asegurado se había producido dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de extinción del contrato, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue seguir el expuesto en la Sentencia del Tribunal Supremo 294/2022, de 6 de abril de 2022, que determina que desde el momento de esa comunicación surte efectos también frente al asegurador; se consideró, por tanto, que el siniestro se produjo dentro del ámbito temporal de cobertura y debía ser cubierto por la entidad aseguradora.

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 la práctica de deportes de riesgo.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actividad que había causado el siniestro no tenía la consideración de deporte de riesgo.

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.

10/2024. Rehúse de la cobertura en un seguro de asistencia en viaje

El asegurado reclamaba que la entidad le indemnizara en la cuantía de 31.541,36 euros por los gastos que se generaron con motivo de un accidente, mientras practicaba una actividad de ocio en Doha. Esa actividad consistía en el deslizamiento con una tabla tipo snowboard en una rampa de arena del desierto.

La entidad alegaba que la actividad realizada, sandboarding, es una práctica que conlleva un riesgo extraordinario debido a su alta siniestralidad. Invocaba la aseguradora un paralelismo con el snowboarding, el cual es un deporte de riesgo y, por tanto, excluido de cobertura.

En el contrato aportado al expediente, en el apartado de definiciones de las condiciones generales, en relación con los deportes o actividades peligrosas se regulaba que es la “práctica de actividades que exijan una preparación física especializada o entrañen un riesgo importante y evidente (...) Salvo pacto en contrario (...) se hace constar de modo expreso que este seguro no cubre reclamaciones derivadas de siniestros ocurridos por la práctica de (...) en general de todo tipo de deportes de riesgo, aventura o multiaventura”.

El tema planteado en la reclamación, por tanto, era si el accidente del asegurado se había ocasionado mientras practicaba un deporte de riesgo, aventura o multiaventura o actividad asimilada.

No definía la póliza lo que ha de considerarse deporte de riesgo o actividad asimilada.

Para resolver la discrepancia se precisaba valorar si la actividad en concreto era o no un deporte o actividad de riesgo.

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones, se indicaba, sin ánimo exhaustivo, que habría que valorar cuestiones tales como si tiene o no una alta tasa de lesiones y la gravedad de estas.

Igualmente se debería tener en consideración el entorno en el que se practica. No es lo mismo una larga pendiente con mucha inclinación que una pequeña rampa de poca inclinación.

También sería preciso valorar si precisa de un equipamiento especial y si precisa o no de habilidades especiales.

Constaba, entre lo aportado por el reclamante, un video del lugar donde se había producido el accidente. En él se observaba que el deslizamiento con tabla se efectúa como una actividad de ocio y familiar, como tantas otras que se contratan por los viajeros en el curso de un viaje.

La longitud de la duna en la que se realizó el deslizamiento era de pequeña dimensión y la inclinación suave.

Sigue →

Capítulo III

Se observaba, asimismo, que era una actividad preparada para turistas.

Del video se desprendería también que no parecía que el deslizamiento precisase de una forma física especial ni tener experiencia para acometer la bajada.

No quedaba acreditado que, fuera del riesgo que cualquier actividad pueda entrañar, esta pudiera tener la consideración de peligrosa o de deporte de riesgo.

Por otro lado, el hecho de que la propia organizadora de la actividad únicamente exigiese un tipo de calzado y estimase que unas meras instrucciones de bajada resultaban suficientes, daba una idea del escaso riesgo de la actividad.

La aseguradora refería, sin embargo, una alta siniestralidad en esta actividad de turistas, pero no aportaba una estadística de accidentes ni de la gravedad de estos.

En consecuencia, con lo anteriormente expuesto, el Servicio estimó que la actividad practicada por el reclamante no podía ser equiparable a un deporte de riesgo y, por ello, se consideró que la exclusión invocada por la entidad no resultaba aplicable al caso.

Capítulo III

2. Planes de pensiones

TIPO SEGURO:

Plan de pensiones individual.

ASUNTO:

Designación de beneficiarios tras una movilización interna del plan de pensiones.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que se había incumplido el artículo 101 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, además de poner de manifiesto que el tamaño de la letra de la cláusula, a la que aludía la entidad para la designación de nuevos beneficiarios, no cumplía con los requisitos establecidos en el artículo 80.1b) del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

CONCLUSIÓN:

Los boletines de adhesión deben contener espacios para la designación de beneficiarios.

11/2024. Designación de beneficiarios en un plan de pensiones individual

El reclamante se quejaba de que, con motivo de una movilización interna de los derechos consolidados de un plan de pensiones contratado por su padre, se había producido un cambio en la designación de beneficiarios del que se consideraba perjudicado, por cuanto en el contrato inicial resultaban ser su hermano y él los beneficiarios designados de manera nominativa. Indicaba en su reclamación que, cuando su padre falleció, la entidad gestora efectuó un reparto de los derechos consolidados entre los herederos que no se correspondía con la voluntad real del partícipe, expresada en el plan inicial.

La entidad gestora alegaba que el reclamante estaba considerando que el hecho de haber sido designado beneficiario en un plan de pensiones desde el que se movilaron los derechos consolidados hacia el plan existente en el momento de fallecimiento de su padre suponía una suerte de traslación de los beneficiarios al nuevo plan. Sin embargo, alegaba la entidad, cuando los derechos consolidados se traspasan a otro plan de pensiones, la condición de beneficiario no se traspasa y es preciso realizar una nueva designación de beneficiario. Por tanto, para la gestora, el reclamante no ostentaría la condición de beneficiario del plan, que debe regirse por lo dispuesto en su reglamento a falta de designación expresa de beneficiarios, tal y como indicaba el boletín de adhesión aportado por el propio reclamante.

El artículo 101 del Reglamento de planes y fondos de pensiones, aprobado por el Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, regula la contratación de planes de pensiones, disponiendo en su apartado 3 la información que necesariamente deberá contener el boletín de adhesión a un plan de pensiones individual: “3. El boletín de adhesión de los planes de pensiones individuales contendrá información, al menos, sobre los siguientes extremos: (...) e) El boletín deberá contener espacios para la designación de beneficiarios en caso de fallecimiento del partícipe, advirtiendo de que los designados deben ser en todo caso personas físicas”.

El texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, establece determinados requisitos de las cláusulas no negociadas individualmente; en concreto en su artículo 80.1b) dispone que: “1. En los contratos con consumidores y usuarios que utilicen cláusulas no negociadas individualmente, incluidos los que promuevan las Administraciones públicas y las entidades y empresas de ellas dependientes, aquéllas deberán cumplir los siguientes requisitos: (...) b) Accesibilidad y legibilidad, de forma que permita al consumidor y usuario el conocimiento previo a la celebración del contrato sobre su existencia y contenido. En ningún caso se entenderá cumplido este requisito si el tamaño de la letra del contrato fuese inferior a los 2.5 milímetros, el espacio entre líneas fuese inferior a los 1.15 milímetros o el insuficiente contraste con el fondo hiciese dificultosa la lectura. (...)”

Sigue →

Capítulo III

De la documentación aportada en la reclamación se desprendería que, en el momento de la suscripción del plan inicial, el partícipe había realizado una manifestación de voluntad de designación de beneficiarios en el boletín de adhesión, indicando en los espacios designados para ello como beneficiarios, de manera nominativa, al reclamante y a su hermano, en una proporción del 50%.

Un año más tarde, el partícipe ordenó una movilización a otro plan de la misma gestora. En el documento aportado al expediente no constaban espacios en blanco para la designación de nuevos beneficiarios. En uno de los documentos se indicaba que “El beneficiario declara que, con carácter previo a su solicitud de movilización, se ha puesto a su disposición la información previa exigida por la legislación vigente, así como las condiciones del plan al que se moviliza total o parcialmente sus derechos consolidados, habiendo recibido un ejemplar del mismo y acepta con su firma que le sean aplicables estas especificaciones. El beneficiario o beneficiarios de la prestación de fallecimiento serán los del plan de destino.”

En el informe final emitido por el Servicio de Reclamaciones se indicó que la cláusula a la que aludía la entidad no cumplía con los requisitos de tamaño, requeridos para su validez, del artículo 80.1.b) del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias. Se puso de manifiesto, asimismo, que la falta de espacios en blanco para la designación, en su caso, de nuevos beneficiarios, no permitía al partícipe designar unos nuevos o volver a nombrar los que ya había establecido el año anterior en el momento en el que había suscrito el contrato, indicando el incumplimiento del artículo 101 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.

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

Capítulo IV

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 Participes, referida en lo sucesivo a través de su acrónimo GASPAR. Esta herramienta justifica su existencia en la voluntad de dar unas pautas básicas a 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 participes, 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.financiarados.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, dotándoles 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. Está en vigor el del 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, 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 2023-2024 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 7 de octubre de 2024 se celebró otra 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 digitales: aprende, innova, avanza”.

Tuvo lugar también en 2024, y dentro de las actividades del Plan de Educación Financiera, otra convocatoria 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

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.

Documento de preguntas y respuestas sobre el derecho al olvido oncológico

Por último, referido al llamado derecho al olvido oncológico, que busca facilitar el acceso a seguros y productos financieros a personas que han superado un cáncer, el Ministerio de Sanidad creó un grupo de trabajo con la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la Dirección General de Consumo, la Agencia Española de Protección de Datos y el propio Ministerio de Sanidad, para elaborar un documento de preguntas y respuestas que aclarase las dudas que la nueva normativa, el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, pudiese suscitar. El citado documento fue elaborado a finales de 2024 y ha sido publicado en febrero de 2025.



Capítulo V

Criterios del Servicio de Reclamaciones

Capítulo V

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

La actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones constituye una fuente de información para la supervisión de conductas de mercado de las entidades. Una vez que son identificadas, por el Servicio de Reclamaciones, actuaciones que pudiesen ir en detrimento de los derechos de los tomadores, beneficiarios o terceros perjudicados 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 éstas.

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, en ocasiones, 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.

Capítulo V

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

Cabe resaltar la 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) nº 1286/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre los documentos de datos fundamentales relativos a los productos de inversión minorista empaquetados y los productos de inversión basados en seguros, mediante el establecimiento de normas técnicas de regulación respecto a la presentación, el contenido, el examen y la revisión de los documentos de datos fundamentales y las condiciones para cumplir el requisito de suministro de dichos documentos. En ellos se establece la obligación para las entidades de entrega del documento de datos fundamentales con el contenido y formato previstos en las citadas normas.

- Tipo de interés y gastos internos.

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

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

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

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

- Pólizas que reconocen una 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.

- Referido también a contratos que reconocen una participación en beneficios, se han tramitado expedientes en los que se analiza la redacción de las cláusulas que reconocen este derecho. En algunos productos se indica que la póliza participa, proporcionalmente a sus provisiones matemáticas, en un porcentaje de los resultados positivos que produzca la inversión de las

Capítulo V

provisiones matemáticas. En las reclamaciones tramitadas, las compañías solo reconocen el derecho, a pesar de la redacción citada, a la rentabilidad que excede del tipo de interés garantizado en el contrato. En estos casos el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que de la redacción de este tipo de cláusulas se desprende claramente el derecho a la rentabilidad obtenida, no al exceso de esta sobre el tipo de interés previsto en el contrato.

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

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

- En los seguros de vida en los que el valor de la prestación y/o del derecho de rescate dependen del valor de mercado de determinados activos financieros que no se identifican en el contrato, las reclamaciones se resuelven en el sentido de indicar que las entidades incumplen lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.
- Denegación de cobertura por parte de las entidades alegando enfermedades preexistentes a la celebración del contrato, no declaradas, cuando no se ha sometido al tomador a cuestionario de salud.

En estos supuestos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que no pueden excluirse los siniestros derivados de enfermedades preexistentes por resultar esta actuación contraria a lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, que establece que si no se ha sometido a cuestionario al tomador, este queda exonerado de su deber de declaración del riesgo.

- 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.

Capítulo V

- 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.

- 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 limitaciones concretas al ejercicio de dicho derecho.

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.

Capítulo V

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 exclusivamente 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.

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.

Capítulo V

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, 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 de manera clara y precisa..

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

Capítulo V

los derechohabientes recuperar las cuotas abonadas, indicándose que, de no hacerlo, su actuación resultaría contraria a las buenas prácticas.

1.4. Seguro del automóvil

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

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

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.

Capítulo V

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

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

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

En estos casos, el criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que, a falta de pacto entre las partes, con carácter general, la aseguradora debe indemnizar el importe del IVA soportado por el perjudicado/asegurado (empresario o profesional) con ocasión de la reparación del vehículo. Excepcionalmente, puede no abonarse el importe del IVA cuando 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.
- Reclamaciones que tienen que ver con seguros que cubren los daños propios ocasionados por especies cinegéticas.

En estos casos, es frecuente que las entidades aseguradoras incluyan cláusulas en las que se condiciona la cobertura a la existencia de un atestado policial que acredite la intervención del animal.

El Servicio de Reclamaciones entiende que este tipo de estipulación tiene el carácter de limitativo de los derechos del asegurado. Por ello, si no cumple con los requisitos de transparencia, aceptación expresa y destacada previstos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, debe considerarse como no puesta.

En estas reclamaciones se indica además que para acreditar el siniestro debería admitirse por la entidad cualquier medio de prueba válido en derecho que demuestre la intervención del animal cinegético en la producción del daño. Esta interpretación busca garantizar la efectividad real de la cobertura contratada.

- Reclamaciones por errores en la consignación de la matrícula del vehículo asegurado en la póliza. En muchos casos suelen coincidir de forma correcta el resto de los datos relevantes para la

Capítulo V

identificación del riesgo, tanto los datos personales que identifican al asegurado, como los del vehículo (la marca, el modelo, el tipo de vehículo). Pese a ello, algunas entidades aseguradoras rechazan el siniestro alegando que la matrícula reflejada en el contrato no coincide con la matrícula real del vehículo.

En estas reclamaciones, se considera esencial que, en el momento de la suscripción del contrato, la entidad ponga la diligencia debida en verificar que la matrícula coincide con la del permiso de circulación o cualquier otro documento que permita la identificación correcta del vehículo. De esta manera se previenen errores formales que, en caso contrario, podrían dar lugar a controversias innecesarias o a la denegación injustificada de la cobertura. Esta actuación contribuye a reforzar la seguridad jurídica en la relación contractual, evita perjuicios al asegurado y se ajusta al principio de buena fe, que debe regir en la contratación de seguros y a la diligencia debida en la actuación de la entidad aseguradora.

- Reclamaciones acerca del valor de afección en siniestros de responsabilidad civil cuando no se repara el vehículo.

En los siniestros de responsabilidad civil derivados de accidentes de circulación, el artículo 1902 del Código Civil impone al causante del daño la obligación de resarcir del daño causado al tercero perjudicado. Cuando los daños materiales del vehículo no superan su valor venal, la regla general es indemnizar el coste íntegro de la reparación. El problema surge cuando el importe de esta excede de manera relevante el valor venal del automóvil, planteando la cuestión de qué debe entenderse por “daño causado” y cómo se concreta el resarcimiento.

El Tribunal Supremo, en STS 14 de julio de 2020, confirmó este criterio: cuando la reparación supera de forma manifiestamente el valor venal, debe considerarse desproporcionada y no imponerse al responsable. En tales casos, el resarcimiento adecuado es el valor venal del vehículo más un porcentaje adicional, denominado valor de afección, que compensa los inconvenientes derivados de la sustitución del vehículo (trámites administrativos, búsqueda de uno similar, incertidumbre de funcionamiento, etc.). Dicho porcentaje, conforme a la práctica judicial, suele situarse en torno al 30 % del valor venal.

- Reclamaciones sobre las cláusulas de indemnización por el valor venal en coberturas de daños propios.

Con carácter general, las pólizas de seguro de automóviles con cobertura de daños propios suelen incluir la denominada cláusula de valor venal. Esta estipulación establece que, en caso de que el coste de la reparación del vehículo siniestrado supere su valor venal (o incluso un porcentaje prefijado de este), la indemnización a percibir por el asegurado se limitará al valor venal o de mercado del vehículo en el momento del siniestro.

El Servicio de Reclamaciones ha considerado reiteradamente que esta cláusula es limitativa de los derechos del asegurado, en tanto restringe la cobertura de la póliza frente a lo que razonablemente podría esperar el tomador al contratar el seguro: la reparación de su vehículo en caso de daño. Por ello, para que sea válida y oponible, debe cumplir las exigencias del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, es decir, debe aparecer redactada de manera clara y precisa, resaltada de forma especial y aceptada expresamente por el asegurado.

Capítulo V

1.5. Seguros de hogar

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

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

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

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

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

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

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

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.

Capítulo V

- 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.

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

Capítulo V

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

1.6. Seguros de asistencia sanitaria

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

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

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

En estos casos se indica a las entidades que la adecuación al principio de suficiencia de la prima no les exime del cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 22 de la Ley de Contrato de seguro, es decir la 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 no realiza 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.

Capítulo V

- 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.

- Cuestionarios de salud en los que la firma del asegurado está en una página diferente a aquella en la que se encuentran las preguntas.

El criterio del Servicio de Reclamaciones es considerar que la firma debe estar en la misma página en la que se rellena el cuestionario dado que va a determinar la cobertura o no de las prestaciones. Por ello, si la firma no se encuentra en la misma página no se considera suficientemente probado que el asegurado fuera consciente de la relevancia de la cumplimentación del cuestionario.

- 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 en estos casos.

- 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.

Capítulo V

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.

- Referido también al llamado derecho al olvido oncológico, se han tramitado reclamaciones en las que la divergencia del tomador con la aseguradora estaba en el encaje de la disposición adicional quinta de la Ley de Contrato de Seguro con la disposición adicional única del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, en los seguros distintos del de vida.

Sobre esta cuestión la Dirección General de Consumo ha publicado opinión sobre la prevalencia de una u otra norma en el documento de preguntas y respuestas sobre esta materia y ha aclarado que, en el caso de los seguros que no sean de vida, de conformidad con la Ley de Contrato de Seguro, de acuerdo con las modificaciones introducidas por el Real Decreto-Ley 5/2023, de 28 de junio, los tomadores de estos seguros no quedarán exonerados de la obligación de declarar sobre si han padecido cáncer una vez cumplido el plazo de cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, es decir, las entidades de seguros podrán preguntar por su enfermedad, siempre que dicha circunstancia pueda influir en la valoración del riesgo.

- Continuidad en el aseguramiento.

El criterio de buenas prácticas del Servicio de Reclamaciones es considerar que el paso de un seguro colectivo, por ejemplo, de trabajadores de una empresa o de otra índole, a uno individual, para extrabajadores, jubilados, cualesquiera otros asegurados o beneficiarios de ese contrato colectivo, no debe dar lugar a la realización de un nuevo cuestionario de salud ni a la inclusión de nuevas carencias. Lo anterior, con independencia incluso del cambio de entidad aseguradora.

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 que tiene la condición de tomador del seguro.

Capítulo V

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

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

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

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

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

- 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 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 ya transcurrido el plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del mismo, el asegurado comenzará a devengar la indemnización diaria desde la fecha en que haya recibido la comunicación el asegurador.

Capítulo V

Este tipo de cláusulas resulta contrario al artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro que establece que la mera comunicación extemporánea de un siniestro no puede conllevar menor indemnización que la que hubiera correspondido de haberse efectuado la comunicación en el plazo previsto en la ley.

- Cláusulas que indican que en caso de alteración del estado de salud como consecuencia de patologías derivadas de embarazo o del parto, el capital asegurado máximo por todo el proceso de gestación, parto y postparto, así como cualquier posible complicación o consecuencia de dichos procesos, es menor que para otras situaciones de incapacidad temporal cubiertas por la póliza.

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

1.9. Seguros de responsabilidad civil profesional

- En algunas reclamaciones, las entidades aseguradoras han reaccionado ante la aparición en medios de comunicación o en redes sociales de noticias relativas a la eventual negligencia de un profesional asegurado bajo una póliza de responsabilidad civil. Apoyándose en los artículos 11 y 12 de la Ley de Contrato de Seguro, la aseguradora ha optado por la resolución unilateral del contrato, al entender que tales informaciones constituyen una agravación del riesgo no comunicada por el asegurado a la aseguradora.

El Servicio de Reclamaciones considera que este proceder carece de justificación jurídica. Las simples informaciones periodísticas o en redes sociales sobre una supuesta negligencia profesional no constituyen, en sentido estricto, una agravación del riesgo en los términos exigidos por el artículo 11 LCS. Dichas noticias no alteran objetivamente las circunstancias esenciales del riesgo inicialmente declarado en el momento de contratar, sino que representan, en su caso, la antesala del siniestro o la manifestación de un posible hecho dañoso aún no determinado.

En consecuencia, no resulta adecuado que la entidad aseguradora se ampare en tales informaciones para resolver el contrato. Admitir lo contrario supondría colocar al asegurado en una situación de inseguridad e indefensión, ya que bastaría la difusión de rumores, acusaciones no contrastadas o simples sospechas para privarle de la cobertura, en clara vulneración de los principios de buena fe, equilibrio contractual y seguridad jurídica que inspiran la legislación en materia de seguros.

1.10. 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

Capítulo V

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, es necesario que la entidad justifique la inviabilidad alegada, en aras de la transparencia que se entiende mínimamente exigible a las relaciones de las entidades financieras con sus clientes.

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

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

1.11. 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

Capítulo V

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.

1.12. 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.

- Reclamaciones que se refieren al cobro de suplementos de prima a lo largo de la duración del contrato en la modalidad de prima única. En estos casos, las cláusulas incorporadas en las pólizas reconocen el derecho de la aseguradora a cobrar suplementos de prima si, durante la vigencia del contrato, el coste de los servicios se incrementa en un porcentaje superior al previsto en aquél.

En estos expedientes el criterio del Servicio de Reclamaciones, puesto que el asegurador es quien establece las condiciones económicas del contrato basándose en hipótesis determinadas por él, es considerar que es éste quien debe asumir los riesgos derivados de la incertidumbre de sus hipótesis. Las cláusulas que permiten, 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.

Capítulo V

1.13. 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.

1.14. 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 el cumplimiento de los requisitos para los 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 su fórmula de cálculo, así como su aplicación exclusiva 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

Capítulo V

el importe garantizado a dicha fecha, debiéndose advertir expresamente que en caso de movilización o cobro antes del vencimiento no opera la garantía.

- 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.



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 2024 clasificados territorialmente

Territorio		Número	%
	Almería	125	5,70
	Cádiz	278	12,67
	Córdoba	217	9,89
	Granada	235	10,71
	Huelva	142	6,47
	Jaén	130	5,93
	Málaga	521	23,75
	Sevilla	546	24,89
Andalucía		2.194	15,39
	Huesca	38	12,34
	Teruel	29	9,42
	Zaragoza	241	78,25
Aragón		308	2,16
Asturias		345	2,42
Baleares		334	2,34
	Palmas (Las)	260	45,22
	Santa Cruz de Tenerife	315	54,78
Canarias		575	54,78
Cantabria		220	1,54

Anexo I

Territorio		Número	%
	Albacete	98	15,73
	Ciudad Real	186	29,86
	Cuenca	46	7,38
	Guadalajara	73	11,72
	Toledo	220	35,31
Castilla la Mancha		623	4,37
	Ávila	50	5,77
	Burgos	182	21,02
	León	157	18,13
	Palencia	53	6,12
	Salamanca	98	11,32
	Segovia	41	4,73
	Soria	22	2,54
	Valladolid	211	24,36
	Zamora	52	6,00
Castilla y León		866	6,08
	Barcelona	1.302	81,48
	Girona	107	6,70
	Lleida	70	4,38
	Tarragona	119	7,45
Cataluña		1.598	11,21
Ceuta		5	0,04
	Alicante	466	35,12
	Castellón	118	8,89
	Valencia	743	55,99
Comunidad Valenciana		1.327	9,31
	Badajoz	154	62,60
	Cáceres	92	37,40
Extremadura		246	1,73

Anexo I

Territorio		Número	%
	Coruña, A	888	63,25
	Lugo	64	4,56
	Ourense	116	8,26
	Pontevedra	336	23,93
Galicia		1.404	9,85
Madrid		2.994	21,01
Melilla		18	0,13
Murcia		371	2,60
Navarra		133	0,93
	Álava	122	21,07
	Guipúzcoa	100	17,27
	Vizcaya	357	61,66
País Vasco		579	4,06
Rioja (La)		112	0,79
Total territorio español		14.252	99,62
Total presentados fuera del territorio español		55	0,38
Total		14.307	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 169 entidades registradas, un 66% son sociedades anónimas, el 17% mutualidades de previsión social, y este mismo porcentaje, 17%, mutuas de seguros.

Anexo I

Cuadro A.1.II
Expedientes de reclamaciones de seguros presentados en 2024
según la forma jurídica de la entidad reclamada

	Número	%
Sociedad Anónima	7.296	79,29
Mutua	890	9,67
Entidad Extranjera (L.P.S.)	488	5,30
Entidad Extranjera (Sucursal)	448	4,87
Mutualidad de Previsión Social	44	0,48
Otras Formas Jurídicas	36	0,39
TOTAL	9.202	100

El cuadro A.1.III muestra la relación de expedientes de especial interés publicados en memorias anteriores (de 2004 a 2023).

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

AÑO 2004

Seguros
<ol style="list-style-type: none"> Contratación sin consentimiento. Prestación asegurada y garantizada. Retrasos en la reparación de los daños por la entidad aseguradora. Declaración inicial del riesgo en seguros de hogar. Declaración inicial del riesgo en seguros de personas. Conflicto mantenido entre las entidades aseguradoras que cubren la asistencia en carretera y las empresas que prestan esos servicios.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> Percepción de la prestación por una fundación. Orden de reducción de cuotas no atendida. Información sobre la cuantía de los derechos económicos del beneficiario. Contratación por jubilado que ya había sido beneficiario de un plan de pensiones. Movilización de derechos consolidados sin conocimiento ni consentimiento del partícipe. Jubilado por la propia entidad con la que contrata el plan de pensiones.

Anexo I

AÑO 2005

Seguros
<ol style="list-style-type: none"> Designación de beneficiarios en un seguro de vida. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado. Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro. No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados. No abono de gastos de localización de siniestros. Interpretación de la póliza. 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"> Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos. Plan de pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación. Jubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera. Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones. Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.
Mediación
<ol style="list-style-type: none"> 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"> Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos. Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida. Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir. Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida. Información relativa a valores de rescate en seguros de vida.

Anexo I

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

AÑO 2007

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

Anexo I

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

AÑO 2008

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

Anexo I

Seguros de personas

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

Planes de pensiones

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

Mediación

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

Comercialización por entidades de crédito

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

AÑO 2009

Seguros

Seguros de personas

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

Anexo I

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

Seguros de daños

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

Mediación

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

Planes de pensiones

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

Comercialización por entidades de crédito

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

Anexo I

AÑO 2010

Seguros
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 17. Rehúse del siniestro por el corredor de seguros. 18. Contratación de un seguro sin consentimiento del tomador.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none"> 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

Seguros de daños

5. Interpretación de una exclusión recogida en la póliza.
6. Oposición a la prórroga.
7. Gastos por desistimiento en la contratación a distancia.
8. Interpretación del contrato a efectos de entender presentada la reclamación dentro del periodo de cobertura del seguro.
9. Inadecuada tramitación del siniestro derivado de un accidente de circulación en el que el asegurado resulta perjudicado.

Mediación

10. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.

Planes de pensiones

12. Renta financiera que termina antes del plazo inicialmente fijado.
13. Plan Garantizado. Falta de claridad en la información proporcionada sobre el valor a considerar en caso de movilización, antes del vencimiento de la garantía.
14. Movilización realizada sin consentimiento del titular.

AÑO 2013

Seguros

Seguros de personas

1. Insuficiencia de suma asegurada en un seguro de decesos cuando la entidad se obliga en la póliza a actualizar dicha suma.
2. Rechazo de cobertura por comunicación tardía de un siniestro en un seguro de enfermedad.
3. Rescisión de un contrato de asistencia sanitaria durante la realización de un tratamiento médico.
4. Inadmisión por tratarse de una cuestión que requiere la valoración de expertos con conocimientos médicos

Seguros de daños

5. Tramitación de siniestros a través de Convenios.
6. Robo de vehículo y recuperación fuera del plazo previsto en la póliza.
7. Interpretación de una cláusula de un seguro de responsabilidad civil.
8. Inadmisión por requerirse valoración pericial en un seguro de incendios

Mediación

9. Incumplimiento deber prestar asistencia y asesoramiento.

Anexo I

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

AÑO 2014

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

AÑO 2015

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

Anexo I

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

AÑO 2016

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

Anexo I

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

AÑO 2017

Seguros
Seguros de personas <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.
Seguros de daños <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
12. 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
Seguros de personas <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.
Seguros de daños <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
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none">1. Oposición a la prórroga de contrato en un seguro de vida riesgo.2. Movilización de un plan de previsión asegurado.3. Importe de la renta temporal garantizada en un seguro de vida ahorro.4. Denegación de una asistencia urgente en un seguro de asistencia sanitaria.5. Publicidad en un seguro de asistencia sanitaria.6. Denegación de cobertura en un seguro de asistencia sanitaria.7. Importe de la prestación en un seguro de decesos.
Seguros de daños <ol style="list-style-type: none">8. Importe de la indemnización en un seguro de teléfonos móviles.9. Valoración de los daños materiales derivados de un accidente de circulación.10. Incumplimiento de la obligación de presentar una respuesta motivada.11. Cobertura de defensa jurídica en un seguro de comunidad de propietarios.12. Alcance de las coberturas de un seguro de responsabilidad civil profesional.13. Incumplimiento de la obligación del pago del importe mínimo.
Mediación
<ol style="list-style-type: none">14. Asesoramiento en un seguro de una comunidad de propietarios.
Planes de pensiones
<ol style="list-style-type: none">15. Incumplimiento de la resolución emitida por el defensor del partícipe de la entidad gestora.

AÑO 2020

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

Anexo I

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.

AÑO 2023

Seguros
Seguros de personas <ol style="list-style-type: none"> Seguro de ahorro con una cláusula de revalorización. Compatibilidad de las indemnizaciones por incapacidad temporal y permanente total. Aplicación de una cláusula referida a la suma asegurada en un seguro colectivo de accidentes. Denegación de un ingreso hospitalario en un contrato de asistencia sanitaria. Subida de prima en un seguro de decesos a prima única.
Seguros de daños <ol style="list-style-type: none"> Venta de un vehículo a motor asegurado en un contrato de la modalidad a todo riesgo Aplicación de un sublímite en la suma asegurada en la cobertura de defensa jurídica. Cobertura en un seguro de impago de alquileres. Acreditación de la prueba en un seguro de responsabilidad civil profesional. Denegación de la cobertura en un seguro de responsabilidad civil profesional. Rehúse de la cobertura en un seguro de asistencia en viaje. 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.

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.