

SEGUROS  
Y FONDOS  
DE PENSIONES

INFORME ANUAL DEL  
SERVICIO DE  
RECLAMACIONES  
2005

# SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES.

INFORME ANUAL DEL  
SERVICIO DE RECLAMACIONES  
2005

e-publicaciones



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y HACIENDA

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE ECONOMÍA  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE SEGUROS Y FONDOS  
DE PENSIONES

Créditos



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y HACIENDA

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE ECONOMÍA

DIRECCIÓN GENERAL  
DE SEGUROS Y FONDOS  
DE PENSIONES

# **INFORME ANUAL DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES 2005**

## ÍNDICE

	Página
<b>CAPÍTULO I – PRESENTACIÓN</b> .....	07
<b>CAPÍTULO II – EL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES. EVOLUCIÓN, ORGANIZACIÓN ACTUAL Y PROCEDIMIENTOS</b> .....	11
<b>1. Perspectiva histórica del Servicio de Reclamaciones y de la protección al asegurado</b> . . . . .	13
<b>2. Organigrama del Servicio de Reclamaciones</b> .....	14
<b>3. Procedimientos de tramitación</b> .....	15
3.1. Marco normativo .....	15
3.2. Fases del expediente .....	15
<b>CAPÍTULO III – INFORME ESTADÍSTICO 2005</b> .....	19
<b>1. Cifras generales</b> .....	21
<b>2. Seguros</b> .....	29
<b>3. Planes de Pensiones</b> .....	42
3.1. Expedientes iniciados durante el año .....	43
3.2. Motivos de reclamación .....	44
3.3. Entidades reclamadas .....	47
<b>4. Mediación</b> .....	47
4.1. Expedientes iniciados durante el año .....	47
4.2. Motivos de reclamación .....	48
<b>5. Comercialización por entidades de crédito</b> .....	49
<b>6. Unidad de Atención al Público</b> .....	50
<b>CAPÍTULO IV – EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS</b> .....	53
<b>1. Seguros</b> .....	56
<b>2. Planes de pensiones</b> .....	63
<b>3. Mediación</b> .....	69

<b>CAPÍTULO V. – CRITERIOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES Y PRÁCTICAS DE MERCADO</b> . . .	71
<b>1. Criterios del Servicio de Reclamaciones</b> . . . . .	73
<b>2. Prácticas inadecuadas en la comercialización de seguros y planes de pensiones:</b> . . . . .	76
2.1. Seguros . . . . .	76
2.2. Planes de pensiones . . . . .	79
<b>CAPÍTULO VI. – NOVEDADES NORMATIVAS</b> . . . . .	81
<b>CAPÍTULO VII. – ANEXO</b> . . . . .	85

## RELACIÓN DE CUADROS

### Cifras generales

- I. Evolución mensual de los expedientes iniciados.
- II. Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados.
- III. Expedientes iniciados en 2005 clasificados territorialmente.
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2005.

### Seguros

- V. Evolución mensual clasificada de expedientes iniciados en 2005.
- VI. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2005 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos.
- VII. Reclamaciones de seguros resueltas en 2005, atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VIII. Consultas resueltas durante 2005, atendiendo a la materia objeto de la consulta.
- IX. Quejas resueltas durante 2005, atendiendo a la materia objeto de la queja.
- X. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2005, según la forma jurídica de la entidad.
- XI. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2005.
- XII. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2005 y análisis de la forma de terminación.

### Planes de Pensiones

- XIII. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas en 2005.
- XIV. Reclamaciones resueltas durante 2005 clasificadas por asuntos.
- XV. Gestoras con mayor número de reclamaciones en 2005.

### Mediación

- XVI. Evolución mensual de las reclamaciones de mediación iniciadas en 2005.
- XVII. Reclamaciones de mediación resueltas durante 2005 clasificadas por asuntos.

### Comercialización por entidades de crédito

- XVIII. Evolución mensual de las reclamaciones de comercialización iniciadas en 2005.

### Unidad de Atención al Público

- XIX. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público.
- XX. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público clasificadas por ramos.



# **CAPÍTULO I**

## **PRESENTACIÓN**



Por segundo año consecutivo se presenta el informe anual del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de forma separada a la Memoria Anual de este centro directivo.

En este informe se recoge la actividad realizada por el Servicio durante el año 2005, cuya finalidad es garantizar la protección de los asegurados y de los partícipes de planes de pensiones.

La estructura del informe mantiene, en líneas generales, la del año anterior para facilitar el conocimiento y análisis de su contenido a los usuarios que regularmente lo consultan, teniendo en cuenta además la aceptación favorable que su publicación tuvo el pasado año.

El informe se inicia con una referencia a la evolución del Servicio de Reclamaciones desde su creación en el año 1964 hasta nuestros días. Más de 40 años de un Servicio que ha ido adquiriendo más competencias funcionales y ha asumido más responsabilidades no sólo con los usuarios que se dirigen a él para reclamar o consultar, sino respecto al sector asegurador en general, participando en actividades de divulgación y colaborando activamente con todos los agentes del mercado. Asimismo, el informe recoge la descripción de la organización del Servicio de Reclamaciones, las áreas funcionales en que se divide y el procedimiento de tramitación.

El informe estadístico recoge los datos que reflejan la actividad del Servicio distinguiendo entre reclamaciones de seguros, planes de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito.

Los asuntos más destacados del año describen aquellos que mayor interés han suscitado en el año 2005, y con ellos se pretende dar a conocer la complejidad y singularidad de las reclamaciones presentadas.

Como novedad se incorpora un apartado específico sobre prácticas inadecuadas, en el que se recoge una relación de actuaciones, que se considera que no se corresponden con las buenas prácticas en el sector, entendidas desde la perspectiva del equilibrio contractual, cuya garantía encomienda al Ministerio de Economía y Hacienda el artículo 62.1 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre.

El informe recoge las novedades normativas del año 2005, con la referencia a la aprobación de la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento, que significa la plasmación normativa de una demanda social que ha culminado finalmente con la creación de un registro de seguros que facilite el conocimiento a los interesados sobre la contratación de un seguro por personas fallecidas.

Por último, quede constancia del agradecimiento de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones a las entidades aseguradoras, gestoras de fondos de pensiones, mediadores y, en general, a todos los participantes en el mercado que han prestado su esfuerzo y colaboración para alcanzar los objetivos que la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tiene encomendados en materia de protección de los asegurados y partícipes.



**CAPÍTULO II**  
**EL SERVICIO DE RECLAMACIONES**  
**DE LA DIRECCIÓN GENERAL**  
**DE SEGUROS Y FONDOS**  
**DE PENSIONES.**  
**EVOLUCIÓN, ORGANIZACIÓN**  
**ACTUAL Y PROCEDIMIENTOS**



## **1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES Y DE LA PROTECCIÓN AL ASEGURADO**

Mediante Orden del Ministro de Hacienda de 5 de junio de 1964, publicada el 1 de julio de ese año en el Boletín Oficial de Estado, se reguló la presentación de reclamaciones y consultas sobre la actuación de entidades aseguradoras. Sus competencias alcanzaban a todas aquellas reclamaciones que se formularan por los asegurados ante el Ministerio de Hacienda, indicándose que se tramitarían y resolverían por la entonces Dirección General de Seguros.

Más de 40 años han transcurrido desde la creación de este Servicio, que nació con la intención de centralizar el conocimiento y tramitación de las reclamaciones y consultas presentadas en el órgano supervisor.

La Orden intentaba englobar en pocas líneas todas las competencias y funciones del nuevo órgano. Por aquel entonces ya se señalan varios aspectos del procedimiento que siguen vigentes en nuestros días; así, las reclamaciones debían interponerse directamente por parte de la persona interesada; se daba audiencia a la entidad aseguradora respectiva; igualmente hoy tampoco son admisibles las reclamaciones cuyo conocimiento corresponde a los tribunales.

La petición de antecedentes e informes a la aseguradora no preveía plazo, simplemente indicaba que debían ser atendidas con *carácter de urgencia*. Actualmente está fijado un plazo de quince días, para lo que se efectúa notificación del inicio de la reclamación y de la documentación que le acompaña.

Desde la publicación de esta primera norma en 1964 mucho ha evolucionado la legislación en materia de protección del asegurado. La Ley de Ordenación de Seguros Privados de 1984 ya reservaba un capítulo a la protección de los asegurados, en el que se indicaban las instancias donde los interesados podían acudir para reclamar sus derechos.

La Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de 1995 añade otros aspectos en relación con la protección administrativa, como el derecho de información a los tomadores al contratar, y precisa la vía administrativa de reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Posteriormente en el año 2001 se modificó parcialmente esta normativa para incorporar una nueva regulación que tuvo como objetivo aumentar la participación de las entidades en la protección de sus clientes, así como la creación de la figura del Defensor del Asegurado.

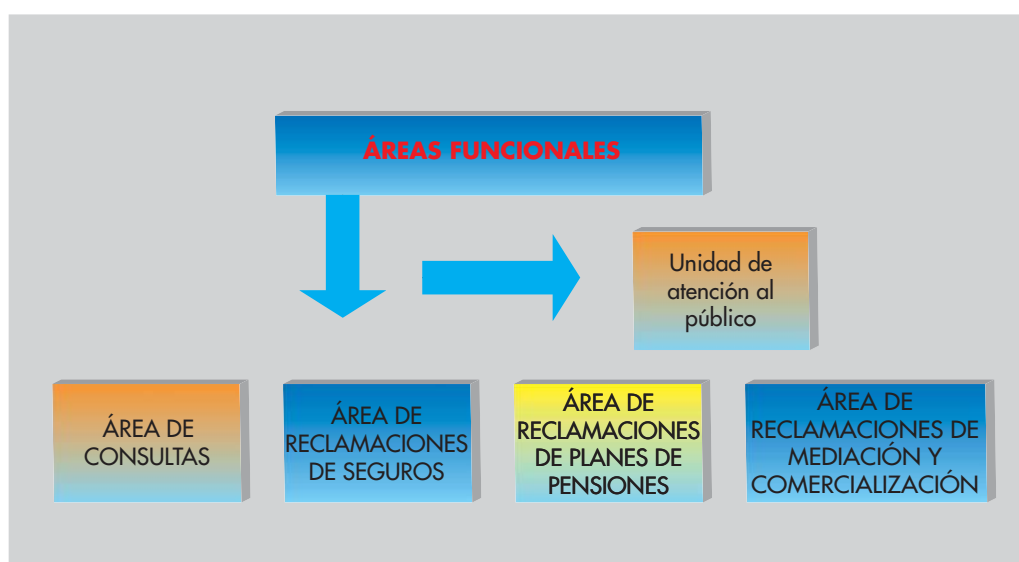
En el año 2004 se continuó el desarrollo de la protección administrativa del asegurado y del partícipe a través del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, y de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. Ambas normas refuerzan la protección de los clientes financieros, tanto en el ámbito de las entidades financieras como ante la Administración.

El Servicio de Reclamaciones asume actualmente competencias que eran desconocidas hace 40 años, como la realización de actividades de divulgación con la intención de dar a conocer la función del Servicio y su normativa, encuentros con diferentes entidades dedicadas al estudio e investigación en el

ámbito asegurador, una participación cada día más activa en foros de consumo y relaciones con los servicios de reclamaciones de otros supervisores financieros al objeto de intercambiar experiencias y conocimientos con la finalidad de potenciar la protección al usuario de los servicios financieros.

## 2. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

La normativa de ordenación y supervisión de seguros privados y la regulación sobre transparencia y protección de la clientela atribuye al Servicio de Reclamaciones competencias para el conocimiento y tramitación de las consultas, quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de servicios financieros de las entidades aseguradoras y de las entidades gestoras de fondos de pensiones, así como en relación con la actividad realizada por los mediadores de seguros y por las entidades de crédito en materia de comercialización de seguros o planes de pensiones, por lo que el Servicio distribuye funcionalmente su actividad en cuatro áreas atendiendo a la materia que se trata: consultas; reclamaciones de seguros; reclamaciones de planes de pensiones; reclamaciones en materia de mediación y de entidades de crédito comercializadoras de seguros y planes de pensiones.



El área de **Consultas** tiene como función emitir informes de contestación a la información solicitada por los usuarios de los servicios de seguros y planes de pensiones, así como asesorar al resto del Servicio en la resolución de quejas y reclamaciones.

Las tres áreas de reclamaciones se distinguen según la materia objeto de reclamación; **Área de Seguros, Área de Planes de Pensiones, Área de Mediación y Comercialización.**

El organigrama del Servicio se completa con la **Unidad de Atención al Público**. Dicha Unidad es la encargada de la atención personal y telefónica a los ciudadanos que diariamente se dirigen a la DGSFP para plantear cualquier consulta o duda sobre seguros o planes de pensiones. Dispone de un "call center" que centraliza las llamadas a través del número 902 19 79 36 y permite la distribución automática de éstas mediante un mensaje inicial de información. El menú ofrecido permite al interesado elegir la opción deseada, bien una locución de información general sobre el procedimiento a seguir para presentar una queja o reclamación, o bien acceder a ser atendido directamente por personal destinado en la Unidad.

### 3. PROCEDIMIENTOS DE TRAMITACIÓN

#### 3.1. Marco normativo

Con la publicación y posterior entrada en vigor del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, se estableció un marco reglamentario que regula con detalle el procedimiento de reclamación ante la DGSFP.

El Servicio de Reclamaciones es la unidad administrativa que desarrolla la función de soporte administrativo y técnico, teniendo a su cargo la tramitación de las quejas, reclamaciones o consultas; instrucción de expedientes, cumplimentación y traslado de actuaciones y, en general, los actos de trámite de los expedientes, así como la redacción y emisión del informe con el que concluye el procedimiento. Respecto a la tramitación de quejas, reclamaciones o consultas, cabe destacar que se entiende sin perjuicio de las acciones que le asisten al interesado para hacer valer sus derechos por otras vías (judicial, arbitral), así como que la tramitación de la reclamación en ningún caso interrumpe los plazos establecidos para el ejercicio de sus derechos por las otras vías.

El expediente de reclamación ante el Servicio concluye con un informe final que no tiene carácter vinculante ni la consideración de acto administrativo y, en consecuencia, contra el mismo no cabe recurso alguno.

#### 3.2. Fases del expediente

La actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones se inicia con la entrada del escrito de queja, reclamación o consulta en el Servicio. A partir de ese momento comienza el análisis tanto del escrito inicial, como de toda la documentación que es aportada por el interesado.

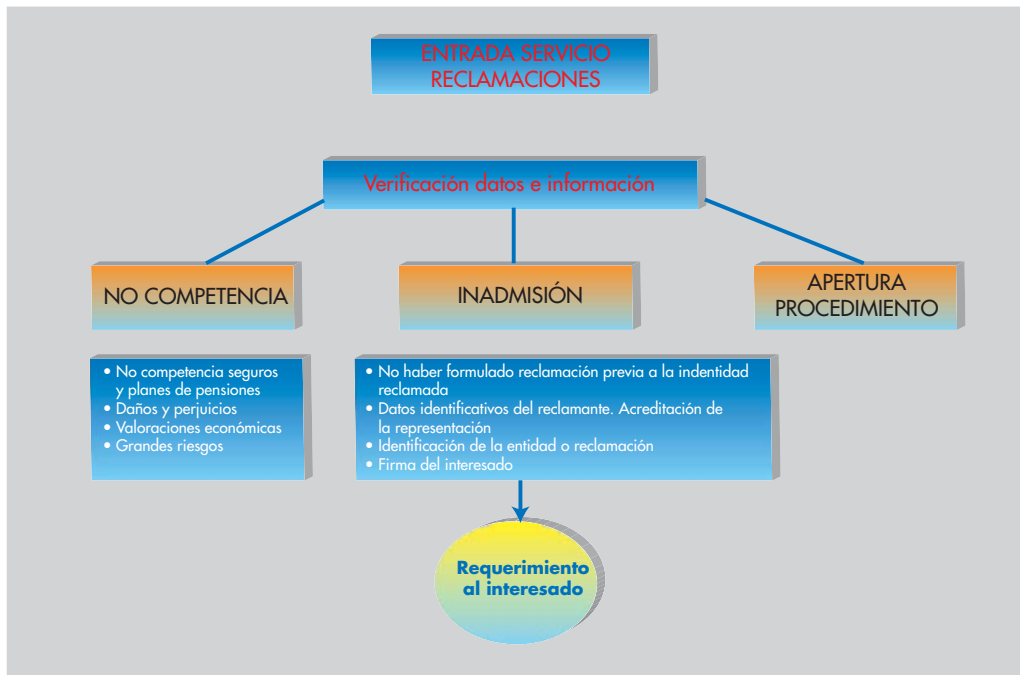
##### ***Quejas y reclamaciones***

##### a) Fase inicial

Una vez efectuada la verificación de los datos e información contenida en los escritos, éstos se distribuyen atendiendo al tipo de actuación a que van a dar lugar.

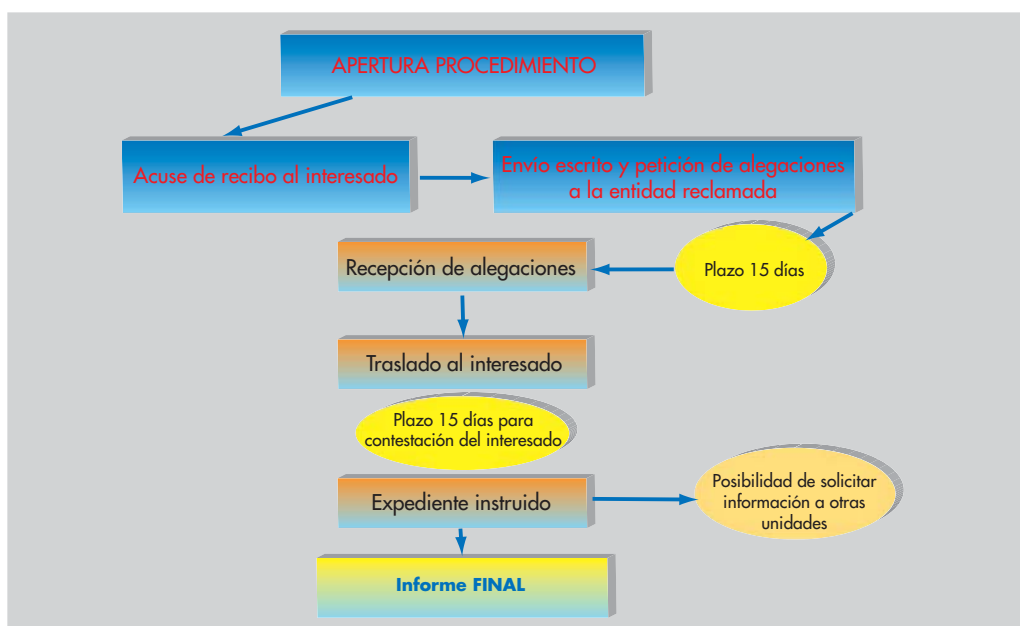
La **apertura del procedimiento de reclamación** se produce cuando el escrito presentado reúne todos los requisitos necesarios.

Son considerados **fuera de la competencia del Servicio** aquellos escritos donde se solicita por el interesado un pronunciamiento sobre los daños y perjuicios que haya podido ocasionar la actuación de una entidad sometida a supervisión, o una valoración económica; los seguros calificados como grandes riesgos; y los supuestos en que los hechos denunciados no son materia de seguros o planes de pensiones, sino que afectan a otros sectores, incluidos otros relacionados con el ámbito financiero. En estos últimos casos se remite el escrito presentado al organismo que se considera competente para su conocimiento y tramitación. Paralelamente a lo anterior y en todos los supuestos, se remite escrito al interesado informándole de la no competencia del Servicio para atender su reclamación y, en caso de remisión a otro organismo, se le informa de su traslado.



La **inadmisión de una queja o reclamación** se produce cuando, tras el análisis del escrito y la documentación que le acompaña, se verifica la ausencia de algún requisito previo o la omisión de algún dato esencial que impide la apertura del expediente.

La normativa vigente tipifica los supuestos de inadmisión. Entre otros, no haber formulado previamente la queja o reclamación ante el departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente de la entidad contra la que se reclama; la falta de datos identificativos del reclamante o, si se actúa por medio de representante, la ausencia de acreditación de la representación; la falta de identificación de la entidad reclamada; la falta de motivo concreto de la queja o reclamación; la ausencia de firma del interesado; la formulación de quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores sustancialmente iguales respecto al mismo sujeto y el mismo objeto; el transcurso del plazo



de extinción de las acciones o derechos; y finalmente, la competencia de órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o el que se encuentre la cuestión pendiente en un procedimiento ante algunos de estos órganos.

En estos casos también se informa al interesado de la normativa vigente y, mediante un escrito personalizado, se le señala cuales son los supuestos de inadmisión en los que incurre, con la finalidad de que los subsane, en el plazo de 10 días, completando la documentación presentada o acreditando el cumplimiento de los requisitos mencionados anteriormente.

### **b) Procedimiento**

Una vez efectuada la apertura del expediente de queja o reclamación se envían simultáneamente dos escritos; uno al interesado (en algunos casos se solicita información adicional para completar adecuadamente el expediente y poder continuar con la tramitación), y otro a la entidad reclamada para que formule, en el plazo de 15 días, las alegaciones que entienda pertinentes en relación al asunto planteado y, en su caso, aporte la documentación que crea conveniente.

Tras la recepción de las alegaciones de la entidad reclamada se remite al interesado copia de los documentos y alegaciones presentados por la citada entidad para que en otro plazo de 15 días hábiles, pueda manifestar su disconformidad o, en su caso, alegar y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes. La normativa prevé la posibilidad de prescindir de este trámite cuando en la respuesta dada por la entidad al requerimiento formulado no figuren otros hechos, alegaciones y pruebas que las aducidas por el interesado en su escrito de queja o reclamación.

Transcurrido dicho plazo, el expediente puede resolverse emitiendo un informe final que dará por terminado el procedimiento.

### **Consultas**

Son consultas las solicitudes de asesoramiento e información relativas a cuestiones de interés general sobre los derechos de los usuarios de servicios financieros en materia de transparencia y protección de la clientela, y sobre los cauces legales para su ejercicio.

Los expedientes de consultas tienen una tramitación más sencilla que las reclamaciones, siendo objeto de admisión una vez que son verificados todos los datos contenidos en el escrito inicial.

Al respecto, dispone la normativa vigente que no podrán someterse a consideración del Servicio de Reclamaciones consultas referidas a una concreta operación con una entidad determinada, sin perjuicio de poder plantear la oportuna queja o reclamación. Tampoco podrán referirse a las condiciones materiales de las operaciones.

Están legitimados para formular consultas los tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, así como los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. Igualmente, podrán presentar consultas las asociaciones y organizaciones representativas de legítimos intereses colectivos de los usuarios de servicios financieros, siempre que afecten a un determinado cliente y acrediten su representación, y las oficinas y servicios de información al consumidor o usuario a que se refiere el artículo 14 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.



**CAPÍTULO III**  
**INFORME ESTADÍSTICO 2005**



La actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se refleja en los cuadros que se muestran a continuación, organizados en seis partes.

La primera parte comprende los cuadros I a IV, que contienen las cifras totales de los expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones referentes a seguros, planes y fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito.

La segunda parte, cuadros V a XII, contiene el detalle de los expedientes relativos a la materia de seguros.

La tercera parte, cuadros XIII a XV, contiene las cifras de los expedientes relacionados con planes y fondos de pensiones.

La cuarta parte, cuadros XVI y XVII, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas contra los mediadores.

La quinta parte, cuadro XVIII, muestra los datos relativos a los expedientes relacionados con la actividad realizada por las entidades de crédito en materia de comercialización de seguros y planes de pensiones.

La sexta y última parte comprende los cuadros XIX y XX, en los que se hace referencia a la actividad de la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que los cuadros que aparecen en el informe estadístico, se refieren a expedientes iniciados o a expedientes resueltos. Los referidos a **expedientes iniciados** ofrecen datos relativos a expedientes cuya tramitación se inicia en el Servicio de Reclamaciones en el año 2005, independientemente de que a 31 de diciembre su tramitación haya concluido con la emisión de un informe final o se encuentren pendientes de finalización. Los cuadros relativos a **expedientes resueltos** se refieren a aquellos cuya tramitación finalizó en el año 2005, independientemente de que se iniciaran en dicho año o en años anteriores.

## 1. CIFRAS GENERALES

CUADRO I  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS

Período	2003	2004	2005
Enero	434	251	327
Febrero	396	440	379
Marzo	433	470	478
Abril	422	523	462
Mayo	385	437	421
Junio	525	444	565
Julio	435	280	371
Agosto	160	385	382
Septiembre	413	208	354
Octubre	477	434	373
Noviembre	378	572	388
Diciembre	330	171	323
<b>TOTALES</b>	<b>4.788</b>	<b>4.615</b>	<b>4.823</b>

El cuadro anterior contiene las cifras del total de consultas, quejas y reclamaciones, en materia de seguros, planes y fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito, presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2005 y los dos anteriores.

El total de escritos presentados durante 2005 fue de 4.823, por lo que se observa un leve aumento con respecto a las cifras de expedientes iniciados en años anteriores. En concreto, respecto al año 2004, la cifra se ha elevado en 208 expedientes, lo que supone aproximadamente un 4,5% de aumento.

La media de expedientes presentados por mes es aproximadamente de 400, sin que se observen grandes diferencias numéricas entre los meses, salvo junio, al que corresponde la cifra mensual más elevada, 565 expedientes, un 12% del total.

CUADRO II  
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA POR TIPOS DE EXPEDIENTES INICIADOS

Período	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Reclamaciones de comercialización	Consultas	Quejas	Escritos no admitidos	Total
Enero	153	1	0	0	13	2	158	327
Febrero	255	9	1	0	16	5	93	379
Marzo	252	9	2	0	13	1	201	478
Abril	239	10	2	0	15	4	192	462
Mayo	222	12	4	0	19	3	161	421
Junio	347	14	3	0	16	3	182	565
Julio	228	7	5	1	26	2	102	371
Agosto	172	7	1	4	13	1	184	382
Septiembre	217	4	1	6	5	4	117	354
Octubre	271	10	1	5	9	0	77	373
Noviembre	224	5	2	0	15	6	136	388
Diciembre	178	3	1	0	21	0	120	323
<b>TOTAL 2005</b>	<b>2.758</b>	<b>91</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>181</b>	<b>31</b>	<b>1.723</b>	<b>4.823</b>
<b>TOTAL 2004</b>	<b>2.448</b>	<b>108</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>168</b>	<b>33</b>	<b>1.852</b>	<b>4.615</b>

El cuadro II completa la información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2005. De los 4.823 expedientes iniciados, 2.888, es decir, aproximadamente el 60%, son expedientes que por cumplir los requisitos previstos han dado lugar a un procedimiento de reclamación habiendo sido presentados por los interesados con la pretensión de obtener de una entidad aseguradora, de una entidad gestora de fondos de pensiones, de un mediador o de una entidad de crédito comercializadora de seguros o planes de pensiones la restitución o reparación de un interés o derecho.

Del total de 2.888 expedientes de reclamación, 2.758 son reclamaciones en materia de seguros, 91 son reclamaciones de planes y fondos de pensiones, 23 son reclamaciones en materia de mediación y 16 son reclamaciones en materia de comercialización por entidades de crédito. Como en años anteriores, se observa que aproximadamente el 95,5% de las reclamaciones corresponde a seguros,

mientras que las reclamaciones en materia de planes de pensiones, mediación y comercialización, representan en conjunto un 4,5%, por lo que es la conflictividad derivada de los contratos de seguro la que abarca la mayor parte de la actividad del Servicio.

En el año 2005 se observa, con respecto al año anterior, un incremento del número de reclamaciones en materia de seguros de aproximadamente un 12,7%. En materia de planes de pensiones existe una disminución del 15,7%. En materia de mediación, se produce un incremento del número de reclamaciones; no obstante, hay que señalar que la cifra que aparece en el año 2004 no contempla el año completo, ya que la tramitación de expedientes sobre esta materia se asumió por el Servicio de Reclamaciones a finales del mes de julio de ese año.

El número de consultas presentadas durante 2005 se eleva a 181, habiéndose incrementado con respecto al año anterior en un 7,7%. En ellas se solicita asesoramiento e información relativa a cuestiones de interés general en materia de transparencia y protección de la clientela.

El número total de quejas recibidas, en las que los interesados ponían de manifiesto desatenciones, tardanzas o cualquier otro tipo de actuación inadecuada observada en el funcionamiento de las entidades aseguradoras, se ha elevado a 31, lo que supone una leve disminución respecto al año anterior.

Por último, la cifra de 1.723 escritos que no han sido admitidos por no cumplir los requisitos exigidos por la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros para su tramitación como consulta, queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones, refleja una disminución del 7% respecto a la cifra del año anterior.

CUADRO III  
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2005 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

Territorio		Número	%
	Almería	41	6,56
	Cádiz	106	16,96
	Córdoba	46	7,36
	Granada	46	7,36
	Huelva	31	4,96
	Jaén	40	6,40
	Málaga	145	23,20
	Sevilla	170	27,20
<b>Andalucía</b>		<b>625</b>	<b>12,96</b>
	Huesca	16	11,43
	Teruel	5	3,57
	Zaragoza	119	85,00
<b>Aragón</b>		<b>140</b>	<b>2,90</b>
	Asturias	78	100,00
<b>Asturias</b>		<b>78</b>	<b>1,62</b>

(Continúa)

CUADRO III (Continuación)  
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2005 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

Territorio		Número	%
	Illes Balears	83	100,00
<b>Illes Balears</b>		<b>83</b>	<b>1,72</b>
	Palmas (Las)	92	44,02
	Santa Cruz de Tenerife	117	55,98
<b>Canarias</b>		<b>209</b>	<b>4,33</b>
	Cantabria	87	100,00
<b>Cantabria</b>		<b>87</b>	<b>1,80</b>
	Albacete	43	24,43
	Ciudad Real	49	27,84
	Cuenca	14	7,95
	Guadalajara	23	13,07
	Toledo	47	26,70
<b>Castilla la Mancha</b>		<b>176</b>	<b>3,65</b>
	Ávila	13	4,59
	Burgos	39	13,78
	León	62	21,91
	Palencia	19	6,71
	Salamanca	31	10,95
	Segovia	12	4,24
	Soria	4	1,41
	Valladolid	77	27,21
	Zamora	26	9,19
<b>Castilla y León</b>		<b>283</b>	<b>5,87</b>
	Barcelona	310	77,31
	Girona	31	7,73
	Lleida	19	4,74
	Tarragona	41	10,22
<b>Cataluña</b>		<b>401</b>	<b>8,31</b>
	Ceuta	1	100,00
<b>Ceuta</b>		<b>1</b>	<b>0,02</b>
	Alacant/Alicante	137	32,01
	Castelló/Castellón	46	10,75
	València/Valencia	245	57,24
<b>Comunidad Valenciana</b>		<b>428</b>	<b>8,87</b>

(Continúa)

CUADRO III (Final)  
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2005 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE

Territorio		Número	%
	Badajoz	30	50,85
	Cáceres	29	49,15
<b>Extremadura</b>		<b>59</b>	<b>1,22</b>
	A Coruña	87	46,28
	Lugo	25	13,30
	Ourense	14	7,45
	Pontevedra	62	32,98
<b>Galicia</b>		<b>188</b>	<b>3,90</b>
	Madrid	1.688	100,00
<b>Madrid</b>		<b>1.688</b>	<b>35,00</b>
	Melilla	6	100,00
<b>Melilla</b>		<b>6</b>	<b>0,12</b>
	Murcia	88	100,00
<b>Murcia</b>		<b>88</b>	<b>1,82</b>
	Navarra	25	100,00
<b>Navarra</b>		<b>25</b>	<b>0,52</b>
	Alava	25	11,74
	Guipúzcoa	74	34,74
	Vizcaya	114	53,52
<b>País Vasco</b>		<b>213</b>	<b>4,42</b>
	Rioja (La)	42	100,00
<b>Rioja (La)</b>		<b>42</b>	<b>0,87</b>
<b>TOTAL DEL TERRITORIO ESPAÑOL</b>		<b>4.820</b>	<b>99,94</b>
<b>TOTAL FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL</b>		<b>3</b>	<b>0,06</b>
<b>TOTAL</b>		<b>4.823</b>	<b>100,00</b>

El cuadro anterior ofrece una clasificación de la totalidad de los expedientes de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2005, atendiendo al lugar de origen del interesado. Se distingue entre expedientes con origen en territorio español y con origen fuera del territorio español.

Del total de expedientes iniciados un 99.94% corresponden al territorio español, mientras que únicamente un 0.06% proceden de fuera de éste, por lo que se aprecia que es muy residual el número de expedientes presentados por ciudadanos con domicilio fuera del territorio español.

Los expedientes presentados que tienen su origen en territorio español han sido clasificados por comunidades autónomas y, dentro de estas, por provincias. Para cada comunidad autónoma se indica el

número de expedientes iniciados y el porcentaje que representa respecto a la cifra total. Para cada provincia se indica el número de expedientes y el porcentaje que representa respecto al total de la comunidad autónoma.

De nuevo las comunidades autónomas con mayor número de expedientes, al igual que en años anteriores, son: Madrid, Andalucía, la Comunidad Valenciana y Cataluña. Hay que destacar que es especialmente elevado el número de reclamaciones presentadas por personas que tienen su domicilio en la Comunidad de Madrid, representando aproximadamente el 35% del total de expedientes iniciados, mientras que Andalucía, la segunda comunidad de la que proceden más expedientes, le sigue con un porcentaje bastante alejado del 13%. Entre las provincias con mayor número de expedientes iniciados, igualmente destaca Madrid, a la que le siguen Barcelona, Valencia y Sevilla.

CUADRO IV  
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2005

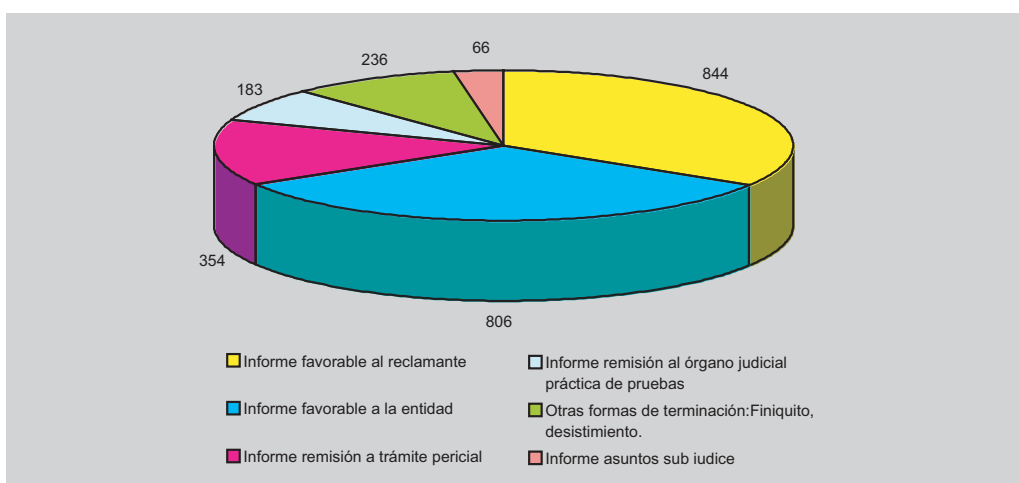
RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
<b>Reclamaciones</b>		<b>2.489</b>	<b>56,47</b>
Informe favorable al reclamante	844		
Informe favorable a la entidad	806		
Informe remisión a trámite pericial	354		
Otras formas de terminación: Finiquito, desistimiento.	236		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	183		
Informe asuntos sub iudice	66		
<b>Escritos no admitidos</b>		<b>1.723</b>	<b>39,09</b>
No cumple requisitos para abrir expedientes	1.424		
Solicitud ampliación información	110		
Falta de firma u otros requisitos formales	69		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	64		
No competente por gran riesgo	21		
No competentes con traslado a otros órganos	13		
No legitimado	10		
Traslado Banco España	10		
Traslado a la CNMV	2		
<b>CONSULTAS</b>			
Resolución de Consultas		172	3,90
<b>QUEJAS</b>			
Resolución de quejas		24	0,54
<b>EXPEDIENTES TERMINADOS</b>		<b>4.408</b>	<b>100,00</b>

El cuadro IV ofrece información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2005. Como anteriormente se ha indicado, corresponde a expedientes cuya tramitación ha finalizado este año, independientemente de que se iniciaran en el año 2005 o en años anteriores.

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

- La primera 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.
- La segunda se refiere al número total de expedientes no admitidos por no cumplir los requisitos exigidos para la apertura de un procedimiento de reclamación y a las causas que motivan su inadmisión.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas y quejas resueltas durante el año 2005.

#### RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN.



La cifra de **expedientes de reclamación resueltos** en el 2005 se elevó a 2.489, lo que supone aproximadamente un 56,5% del total de expedientes tramitados, y un incremento de un 4,7% con respecto al año anterior.

Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 844, lo que supone el 34 % del total. Si se descompone ese porcentaje, un 16% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 18% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a la pretensión del reclamante.

La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 806, lo que supone el 32,4% del total de las reclamaciones.

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 representa el 14,20% del total de reclamaciones resueltas, habiéndose reducido en aproximadamente un 14% respecto al año anterior. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración por expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el Servicio de Reclamaciones omite un pronunciamiento expreso, informando de la posibilidad de acudir al trámite pericial.

El apartado de "otros modos de terminación" recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante, o bien las que se resuelven considerando que existe la firma de un finiquito anterior a la interposición de la reclamación o un pago durante su tramitación. Estas reclamaciones suponen el 9,5% del total de las resueltas.

La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas supone el 7,4% del total de reclamaciones. Esta forma de terminación se debe a reclamaciones que plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

Por último, las reclamaciones en las que el Servicio conoce, una vez iniciado el procedimiento, que se encuentran pendientes de litigio ante los tribunales de justicia, representan aproximadamente el 2,7% del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente, informando al interesado de esta circunstancia.

El número de **escritos no admitidos por incumplimiento de requisitos**, se eleva a 1.723, lo que representa el 39% del total de expedientes resueltos.

En el cuadro se indican las diferentes causas que motivan la inadmisión, siendo la principal el no haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por las entidades contra las que se dirigen, representando el 82,6% de los motivos de inadmisión. En estos supuestos el Servicio emite un informe en el que se señala la causa de la inadmisión, requiriendo al reclamante para que en el plazo de diez días hábiles complete la documentación indicada, comunicándole que en caso contrario se procederá al archivo del expediente.

Del total de las 1.424 reclamaciones inicialmente no admitidas por no cumplir el requisito mencionado, aproximadamente un 37% aportaron posteriormente la documentación necesaria para la apertura de un procedimiento de reclamación. Con respecto a años anteriores se observa una disminución de la cifra de expedientes que no cumplen este requisito, y un incremento del porcentaje de los que, una vez recibida la comunicación de este Servicio, aportan posteriormente la documentación requerida para iniciar el procedimiento de reclamación.

Las restantes causas de inadmisión están motivadas por no disponer de datos suficientes en los escritos presentados por el reclamante para atender a sus pretensiones, bien porque no concretan el motivo de la queja o reclamación o porque no identifican la entidad reclamada, en cuyo caso, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación; por no ser competente el Servicio de Reclamaciones para conocer del asunto planteado por razón de la materia; o por falta de firma en los escritos de los interesados.

Otro de los motivos de inadmisión se fundamenta en la falta de competencia del Servicio de Reclamaciones para conocer y resolver las reclamaciones relacionadas con los grandes riesgos definidos en el artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Asimismo, no se admiten las reclamaciones en las que son competentes otros organismos, como el Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores. En estos casos se procede al traslado a dichos organismos, comunicando al interesado esta circunstancia.

Por último, otro de los motivos que da lugar a la no admisión de reclamaciones es la presentación de escritos por personas no legitimadas, en virtud de lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, aprobado por Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero.

La cifra de **consultas** resueltas durante el año 2005 se eleva a 172. Estos expedientes finalizan con un informe en el que se expresa el criterio del Servicio de Reclamaciones sobre la información solicitada por el interesado.

Por último, la cifra de **quejas** resueltas se ha elevado a 24.

## 2. SEGUROS

La segunda parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes relacionados con la materia de seguros. Este ámbito es el que genera el mayor número de reclamaciones y la mayor actividad del Servicio, representando en el año 2005 el 95,5% de la totalidad de expedientes iniciados.

CUADRO V  
EVOLUCION MENSUAL CLASIFICADA DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2005

Período	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de seguros no admitidas	Consultas	Consulta no admitida	Quejas	Total
Enero	153	157	13	0	2	325
Febrero	255	88	16	1	5	365
Marzo	252	195	13	1	1	462
Abril	239	183	15	1	4	442
Mayo	222	156	19	0	3	400
Junio	347	177	16	0	3	543
Julio	228	99	26	0	2	355
Agosto	172	172	13	3	1	361
Septiembre	217	115	5	1	4	342
Octubre	271	72	9	0	0	352
Noviembre	224	131	15	0	6	376
Diciembre	178	113	21	1	0	313
<b>TOTAL AÑO 2005</b>	<b>2.758</b>	<b>1.658</b>	<b>181</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>4.636</b>
<b>TOTAL AÑO 2004</b>	<b>2.448</b>	<b>1.792</b>	<b>168</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>4.443</b>

El cuadro anterior ofrece información sobre el total de expedientes iniciados en materia de seguros durante el año 2005, clasificados por tipos de expedientes.

El número de expedientes iniciados en el año fue de 4.636. Se observa un aumento con respecto a la cifra de expedientes iniciados durante el año anterior de 193, lo que supone aproximadamente un incremento del 4%.

Del total de 4.636 expedientes iniciados, 4.416 corresponden a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 189 se refieren a consultas y 31 son quejas.

De los 4.416 expedientes iniciados correspondientes a **reclamaciones de seguros**, cabe distinguir:

- 1.658 expedientes, son reclamaciones no admitidas por diversas causas, siendo la principal no acreditar haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras. No obstante, se observa una disminución de este tipo de expedientes con respecto al año anterior de aproximadamente un 7,5%.
- 2.758 corresponden a expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación. Esta cifra, respecto al año anterior, ha aumentado en aproximadamente en un 12,7%.

Del análisis de estas cifras se deduce durante los últimos años una tendencia hacia el incremento del número de expedientes que cumplen los requisitos previos para la apertura de un procedimiento de reclamación y una disminución de los expedientes que no acreditan el cumplimiento de estos requisitos, lo que se puede explicar por el reforzamiento que en materia de información al asegurado ha supuesto la publicación de la normativa sobre transparencia y protección de los clientes de servicios financieros.

La cifra de expedientes relacionados con **consultas** es de 189, entre los que se distinguen:

- 181 expedientes han sido admitidos; en ellos se solicita generalmente información sobre la normativa sobre transparencia y protección de los clientes de servicios financieros.
- 8 corresponden a expedientes no admitidos como consultas por referirse a una concreta operación con una entidad determinada. En estos supuestos, el Servicio de Reclamaciones emite un informe en el que se comunica al interesado que a través de una consulta no se pueden resolver casos concretos, ya que no dispone de las alegaciones que en su caso podría realizar la entidad con la que existe un conflicto de intereses, sin perjuicio de poder plantearse la oportuna queja o reclamación, conforme al procedimiento establecido.

Se observa que la cifra de consultas presenta un incremento con respecto al año anterior de aproximadamente un 7,7%.

Por último, las **quejas** iniciadas durante el año 2005 se elevan a 31, experimentando una ligera disminución con respecto al ejercicio precedente.

CUADRO VI  
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2005 CLASIFICADAS POR RAMOS  
O AGRUPACIONES DE RAMOS

RAMOS ó AGRUPACIONES	NÚMERO	% S/TOTAL
Multirisgos	1021	37,02
Vehículos	620	22,48
Vida	394	14,29
Enfermedad ( incluida la asistencia sanitaria)	221	8,01
Defensa jurídica	130	4,71
Decesos	110	3,99
Responsabilidad civil general	97	3,52
Accidentes	84	3,05
Asistencia	59	2,14
Pérdidas pecuniarias diversas	14	0,51
Vehículos marítimos	3	0,11
Vehículos aéreos	2	0,07
Crédito	1	0,04
Mercancías Transportadas	1	0,04
Vehículos ferroviarios	1	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>2.758</b>	<b>100,00</b>

El cuadro anterior contiene las cifras de los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2005.

Entre los ramos más reclamados se encuentran los relacionados con seguros multirriesgos, automóviles, vida, enfermedad y defensa jurídica.

Al igual que el año anterior, los ramos relacionados con los seguros de daños, en especial del hogar y de las comunidades de propietarios, han sido los que mayor número de reclamaciones han generado durante 2005, representando la suma de los ramos «otros daños a los bienes» e «incendios y elementos de la naturaleza» el 37% del total de las reclamaciones de seguros, habiéndose incrementado las reclamaciones correspondientes a estos ramos aproximadamente en un 15% respecto al año anterior.

Los ramos de automóviles y de vida aparecen como el segundo y tercero más reclamados, representando aproximadamente un 22,5% y un 14,3% respectivamente, del total de reclamaciones, por lo que se observa un ligero aumento con respecto a años anteriores.

Los ramos de enfermedad y defensa jurídica son otros de los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones. El ramo de enfermedad aparece en el año 2005 como el cuarto más reclamado, habiéndose incrementado en un 42% las reclamaciones de este ramo con respecto al año anterior. El ramo defensa jurídica ocupa este año el quinto puesto y es el ramo que mayor incremento de reclamaciones ha experimentado, elevándose su cifra en un 78% con respecto al año 2004.

Los ramos de decesos, responsabilidad civil general y accidentes han sido también objeto de un número de reclamaciones relevante. Al contrario de lo que sucedía en el año anterior, se aprecia un aumento de las reclamaciones en el ramo de decesos; por su parte, las reclamaciones en los ramos de responsabilidad civil general y accidentes han disminuido.

**CUADRO VII**  
**RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2005 ATENDIENDO**  
**A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN**

<b>RAMO OO.- VIDA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	733	3,06
Derechos especiales del tomador en seguro de vida	58	2,43
Declaración del riesgo al firmar el contrato	38	1,59
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	32	1,34
Seguros colectivos; falta de información entre partes	25	1,05
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	22	0,92
Contenido mínimo del contrato de seguro	10	0,42
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro	9	0,38
Regulación del beneficiario	7	0,29
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art.104	7	0,29
Concepto de seguro personas	6	0,25
Interés de demora	5	0,21
Consentimiento del asegurado en seguros para caso de muerte	5	0,21
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	4	0,17
Subrogación	4	0,17
Capital y sumas aseguradas	3	0,13
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	3	0,13
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	3	0,13
Resolución unilateral seguro de vida	2	0,08
Declaración riesgo cuando supera el año de vigencia	2	0,08
Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del contrato	2	0,08
Otras materias.	35	1,47
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>14,88</b>
<b>RAMO 1.- ACCIDENTES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	35	1,47
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	21	0,88
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 104 LCS	6	0,25
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	4	0,17
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro	3	0,13
Modificación del contrato; en especial subida de prima	3	0,13
Declaración del siniestro	2	0,08
Otras materias.	12	0,50
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>3,61</b>
<b>RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	60	2,52
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art.104 LCS	21	0,88
Modificaciones del contrato; en especial la subida de prima	18	0,75
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	0,59
Declaración del riesgo al firmar el contrato	10	0,42
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro	6	0,25
Modificaciones del contrato; en especial la subida de prima	4	0,17
Otras materias.	18	0,75
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>6,33</b>

(Continúa)

**CUADRO VII (Continuación)**  
**RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2005 ATENDIENDO**  
**A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN**

<b>RAMOS 3 Y 10 .-VEHÍCULOS TERRESTRES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	176	7,38
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	80	3,35
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	71	2,98
Defensa jurídica del responsable	70	2,94
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	55	2,31
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro	23	0,96
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS.	22	0,92
Robo de vehículo	19	0,80
Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro	16	0,67
Subrogación	11	0,46
Transmisión objeto asegurado	9	0,38
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	8	0,34
Interés de demora	5	0,21
Obligatoriedad del seguro de vehículos	5	0,21
Acción directa frente a la compañía	4	0,17
Declaración del siniestro; gastos de salvamento	4	0,17
Defensa del responsable	3	0,13
Contenido mínimo del contrato de seguro	3	0,13
Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del contrato	3	0,13
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	3	0,13
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	0,08
Tomador del seguro.	2	0,08
Infraseguro y sobreseguro	2	0,08
Coaseguro	2	0,08
Incendio del vehículo	2	0,08
Otras materias.	42	1,76
<b>TOTAL</b>	<b>642</b>	<b>26,92</b>
<b>RAMOS 4.- VEHÍCULOS FERROVIARIOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	1	0,04
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	1	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0,08</b>
<b>RAMOS 5 Y 11 .- VEHÍCULOS AÉREOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	1	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,04</b>
<b>RAMOS 6 Y 12 .-VEHÍCULOS MARÍTIMOS, LACUSTRES Y FLUVIALES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	3	0,13
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	1	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>0,17</b>
<b>RAMO 7.- MERCANCIAS TRANSPORTADAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Subrogación	3	0,13
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	2	0,08
Otras materias.	3	0,13
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>0,34</b>

(Continúa)

CUADRO VII (Continuación)  
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2005 ATENDIENDO  
A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

<b>RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/OTROS DAÑOS A BIENES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	341	14,30
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	172	7,21
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	105	4,40
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	50	2,10
Seguro de robo	32	1,34
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro	17	0,71
Interés de demora	12	0,50
Transmisión objeto asegurado	9	0,38
Infraseguro y sobreseguro	7	0,29
Declaración del riesgo al firmar el contrato	6	0,25
Contenido mínimo del contrato de seguro	6	0,25
Agravación y disminución del riesgo	6	0,25
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	4	0,17
Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro	3	0,13
Declaración del siniestro	3	0,13
Subrogación	2	0,08
Seguro de incendios	2	0,08
Otras materias.	33	1,39
<b>TOTAL</b>	<b>810</b>	<b>33,96</b>
<b>RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	83	3,48
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	5	0,21
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	5	0,21
Acción directa frente a la compañía	4	0,17
Modificaciones del contrato, en especial la subida de prima	3	0,13
Defensa jurídica del responsable	2	0,08
Otras materias	2	0,08
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>4,70</b>
<b>RAMO 14.- CRÉDITO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Modificaciones del contrato; en especial la subida de prima	2	0,08
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	1	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>0,13</b>
<b>RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	4	0,17
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	2	0,08
Otras materias	2	0,08
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>0,34</b>

(Continúa)

CUADRO VII (Fin)  
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2005 ATENDIENDO  
A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA		Nº	%
Derecho a la libre elección de abogado y procurador		46	1,93
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada		17	0,71
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo		4	0,17
Modificaciones del contrato; en especial la subida de prima		2	0,08
Otras materias.		12	0,50
<b>TOTAL</b>		<b>81</b>	<b>3,40</b>
RAMO 18 .- ASISTENCIA		Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada		29	1,22
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo.		9	0,38
Modificación del contrato; en especial subida de prima		3	0,13
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS		3	0,13
Otras materias.		5	0,21
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>2,05</b>
RAMO 19.- DECESOS		Nº	%
Modificaciones del contrato; en especial la subida de prima		34	1,43
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada		12	0,50
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo		4	0,17
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato de seguro		3	0,13
Subrogación		2	0,08
Otras materias.		18	0,75
<b>TOTAL</b>		<b>73</b>	<b>3,06</b>
TODOS LOS RAMOS			
<b>TOTAL RECLAMACIONES DE SEGURO RESUELTAS AÑO 2005</b>		<b>2.385</b>	<b>100,00</b>

El cuadro VII ofrece información sobre los asuntos más comunes de reclamación en cada uno de los ramos de los expedientes resueltos en 2005, correspondientes a contratos de seguros. En general, se observa, al igual que en años anteriores, que los motivos que dan lugar a mayor número de reclamaciones son los relativos a las divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, las valoraciones del siniestro, el incumplimiento de la prestación garantizada y las modificaciones en los contratos, en especial las relativas a los aumentos de primas, siendo éstos comunes en prácticamente todos los ramos. No obstante, conviene señalar algunas particularidades en algunos de los ramos:

En el **ramo de vida**, además de las causas de reclamación señaladas, destaca el número de reclamaciones relacionadas con los derechos especiales del tomador en los seguros de vida, en especial, las referidas al ejercicio de los derechos de rescate y reducción contenidos en las pólizas. También son significativas en este ramo, las referidas a las declaraciones del riesgo efectuadas por el tomador en el momento de suscripción del contrato, motivadas por inexactitudes en los cuestionarios de salud y las relacionadas con la falta de información entre las partes en los seguros de vida colectivos.

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, hay que destacar que las reclamaciones referidas al ejercicio de la dirección jurídica de la reclamación por la entidad aseguradora del

responsable y las relativas a la oposición a la prórroga del contrato representan también un elevado número junto con las señaladas como más comunes a todos los ramos.

Las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos de la naturaleza y otros daños a bienes**, son las que mayor número de reclamaciones presentan por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, la valoración del siniestro, y por impago del siniestro, señalados anteriormente como asuntos más comunes, ya que los mismos están relacionados con seguros de hogar y de comunidades de bienes, que son seguros muy extendidos. No obstante, también son numerosas las relacionadas con subidas de las primas y con la cobertura de robo. En estas últimas, normalmente las discrepancias se centran en determinar si el siniestro fue robo o hurto.

En el ramo de **responsabilidad civil general** el motivo que genera mayor número de reclamaciones es el referido a la interpretación y aplicación de la póliza, siendo el resto de motivos residual.

El motivo de reclamación más numeroso en el ramo de **defensa jurídica** es el relacionado con la correcta ejecución del derecho a la designación de abogado y procurador y con los honorarios de éstos.

Por último, en el ramo de **decesos** las modificaciones de los contratos ocupan el primer asunto de reclamación y se deben principalmente al mantenimiento de los derechos de antigüedad en las pólizas así como a los aumentos de las primas como consecuencia de la edad y la elevación de los costes de los servicios funerarios.

CUADRO VIII  
CONSULTAS RESUELTAS DURANTE 2005 ATENDIENDO A LA  
MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA

MATERIA	Nº	%
Modificación del contrato, en especial los aumentos de prima de prima	28	16,28
Seguros de suscripción obligatoria	27	15,70
Seguros de vida; cuestiones específicas	20	11,63
Existencia de pólizas	16	9,30
Datos sobre entidades	15	8,72
Divergencias en la aplicación e interpretación de la pólizapóliza	10	5,81
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato anualto anual	4	2,33
Seguros colectivos: falta de información	4	2,33
Contenido mínimo del contrato	4	2,33
Información para plantear reclamación	3	1,74
Impago de la indemnización; importe mínimo	3	1,74
Consortio de Compensación de Seguros	3	1,74
Solicitud y proposición del seguro	3	1,74
Seguro de accidentes	2	1,16
Texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión del seguro privadoón del seguro privado	2	1,16
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	1,16
Peritación	2	1,16
Resto de materias	24	13,95
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>100,00</b>

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2005.

Los asuntos que han generado mayor número de consultas, al igual que en años anteriores son los relativos a las modificaciones de los contratos, los relacionados con seguros obligatorios, los referidos a seguros de vida, consultas en las que se solicita información sobre los seguros suscritos por una persona fallecida y aquellas en que se solicita información sobre determinadas entidades aseguradoras.

Las consultas relativas a modificaciones de los contratos ocupan este año la primera posición. Estas se refieren principalmente a modificaciones en los contratos como consecuencia de aumentos en las primas. La mayoría de estas consultas se reciben en los primeros meses del año, una vez detectado por el asegurado el incremento de la prima con respecto al año anterior. Entre estas consultas las más numerosas son las relacionadas con pólizas de enfermedad y asistencia sanitaria de personas de edad avanzada, que se encuentran con notables aumentos de la prima año a año.

Las consultas relacionadas con la suscripción de seguros obligatorios ocupan la segunda posición. Se refieren principalmente al seguro obligatorio de vehículos, representando aproximadamente un 10,5% sobre el total, habiendo sido muy numerosas este año las consultas referidas a si determinada maquinaria industrial o determinados tipos especiales de vehículos están obligados a suscribir el seguro obligatorio de vehículos. Ante el elevado número de consultas recibidas y las dificultades que se plantean para determinar qué vehículos están sometidos a esta obligación, se ha considerado la necesidad de realizar una modificación del Reglamento sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, donde se definen los conceptos de vehículo a motor a los efectos de la suscripción del seguro obligatorio, al objeto de aclarar esta situación.

Las consultas relacionadas con el resto de seguros obligatorios representan aproximadamente un 5,25%, y como en años anteriores, se centran en las dificultades que se encuentran en el mercado para asegurar determinados riesgos o plantean si es obligatoria la suscripción de un seguro para la realización de una determinada actividad. No obstante, se ha observado una disminución del número de consultas sobre este asunto respecto al año anterior, lo que puede venir motivado por la publicación en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de información sobre estas cuestiones.

Otros de los motivos más habituales de consulta durante el año 2005 han sido los temas relacionados con los seguros de vida, observándose un aumento en el número de consultas de más de un 100%, lo que se puede explicar por el incremento en la contratación de los seguros de vida como instrumento de ahorro y, en especial, por el crecimiento de la suscripción de seguros de vida ligados a préstamos hipotecarios. En ellas se solicita aclaración sobre determinados aspectos del producto, sobre los valores garantizados en las pólizas, sobre los gastos aplicables a estos seguros y sobre aspectos relacionados con los beneficiarios de los seguros de vida. En especial, en relación con los seguros de vida ligados a préstamos hipotecarios en los que se han abonado primas únicas, se consulta si se tiene derecho a la devolución de la prima no consumida como consecuencia de la cancelación anticipada del préstamo al que se vincula el seguro.

Las consultas en las que se solicita información sobre cuál es la entidad aseguradora con la que una persona fallecida tenía suscrita una póliza, ocupan de nuevo una de las primeras posiciones, aunque se observa una leve disminución con respecto al año anterior. En estos casos, el Servicio de Reclamaciones comunica que no se puede facilitar esta información, ya que no ha existido hasta el momento un registro de pólizas. Ante la desprotección en la que se encontraban los posibles bene-

ficiarios de pólizas de vida con cobertura de fallecimiento, se había venido poniendo de manifiesto la necesidad de crear un registro de éstas. Con fecha 15 de noviembre de 2005, se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento. Por esta Ley se crea el Registro de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento, dependiente del Ministerio de Justicia, con la finalidad de proporcionar la información necesaria para que pueda conocerse por los interesados si una persona fallecida tenía contratado un seguro para caso de fallecimiento, así como la entidad aseguradora con la que lo hubiese suscrito. En el apartado de este informe dedicado a legislación se recoge un mayor detalle sobre el contenido y ámbito de esta norma.

Asimismo son numerosas las consultas en las que se solicita información sobre determinadas entidades. En ocasiones a través de estas consultas se detectan entidades que pudieran estar ejerciendo la actividad aseguradora sin estar autorizadas para ello. En estos casos el Servicio de Reclamaciones traslada esta información a los servicios competentes de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones a los efectos de comprobar si la entidad reclamada realiza operaciones de seguro sin la correspondiente autorización administrativa.

Por último, otro de los asuntos que mayor número de consultas ha generado son los relativos a la interpretación y aplicación de la póliza, en las que se solicita aclaración sobre la interpretación de determinadas cláusulas recogidas en los contratos, aunque se aprecia una disminución de estas consultas con respecto a años anteriores.

CUADRO IX  
QUEJAS RESUELTAS DURANTE 2005 ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	7	29,17
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	3	12,50
Declaración del siniestro	2	8,33
Resto de materias	12	50,00
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

El cuadro anterior ofrece información sobre los asuntos que han generado el mayor número de quejas durante el año 2005, entre los que cabe destacar los motivados por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, los referidos al pago de la indemnización y al momento de la declaración del siniestro.

Las quejas motivadas por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza se refieren principalmente a la deficiente información proporcionada por la entidad aseguradora, en el momento de la contratación, sobre las coberturas contratadas, así como por la falta de adecuación del producto contratado al perfil del cliente.

Las quejas relativas al pago de la indemnización se justifican normalmente en retrasos en el cumplimiento de la prestación.

En las quejas relativas a la declaración de siniestro se pone de manifiesto la deficiente tramitación por la entidad aseguradora como consecuencia del retraso injustificado de los profesionales encargados de valorar los daños.

**CUADRO X**  
**EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2005**  
**SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA**

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	2.323	84,23
Mutua	348	12,62
Mutualidad de Previsión Social	37	1,34
Entidad Extranjera (Sucursal)	35	1,27
Entidades de Derecho Público	7	0,25
Entidad extranjera (L.P.S.)	6	0,22
Agrupaciones	2	0,07
<b>TOTAL</b>	<b>2.758</b>	<b>100,00</b>

Este cuadro muestra el número total de reclamaciones iniciadas durante el año atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. Se observa que el mayor volumen lo constituyen las reclamaciones contra entidades con forma de Sociedad Anónima, que representa el 84,23%, le siguen las reclamaciones contra mutuas, alcanzando el porcentaje del 12,62%, el restante 3,15% lo constituyen reclamaciones contra mutualidades de previsión social, entidades extranjeras, entidades de derecho público y agrupaciones de entidades aseguradoras.

**CUADRO XI**  
**ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2005**

ENTIDADES	NÚMERO	%
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	166	6,03
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	148	5,38
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	133	4,83
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	118	4,29
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	114	4,14
MAPFRE, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	108	3,93
AXA AURORA IBERICA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	98	3,56
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	83	3,02
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	78	2,84
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	77	2,80
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	68	2,47
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	65	2,36
WINTERTHUR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	65	2,36
LIBERTY INSURANCE GROUP, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	63	2,29
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	63	2,29
<b>TOTAL</b>	<b>1.447</b>	<b>52,60</b>

Este cuadro muestra una relación de las quince entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2005, las cuales agrupan aproximadamente un 52,6% del total de dichos expedientes.

El primer puesto de entidades con mayor número de reclamaciones iniciadas de nuevo es ocupado por *Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.*, que además de aparecer como la entidad más reclamada lo hace con un aumento de reclamaciones respecto al año anterior de un 19%.

El segundo puesto es ocupado por *Mapfre Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros*, entidad que experimentó un notable aumento de reclamaciones durante el año 2004 y que este año ha vuelto a incrementar en aproximadamente un 85%.

Las entidades *Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER)* y *Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros*, como en años anteriores, también aparecen entre las entidades con mayor número de reclamaciones, aunque se observa que *Santa Lucía* ha disminuido su número.

Les siguen en este grupo de entidades más reclamadas, *Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, Mapfre Mutualidad de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, Axa Aurora Ibérica Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros y La Estrella, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros*, habiéndose incrementado en todas ellas el número de reclamaciones con respecto al año anterior.

Entre las entidades cuyo número de reclamaciones ha disminuido de forma apreciable cabe destacar *Seguros Catalana Occidente*, que el año anterior aparecía como la tercera entidad más reclamada, pasando este año a la posición número doce, habiendo experimentado una disminución de sus reclamaciones en un 40%.

Las entidades *Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Liberty Insurance Group, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., y Seguros Groupama Seguros y Reaseguros S.A.*, que no figuraban el año anterior entre las quince entidades más reclamadas, lo hacen este año.

CUADRO XII  
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2005  
Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamiento	Resoluciones favor del reclamante	Suma	%				
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANÓNIMA	120	29	15	44	36,67	30	25,00	46	38,33
MAPFRE, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	110	21	12	33	30,00	44	40,00	33	30,00
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	100	19	21	40	40,00	28	28,00	32	32,00
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	95	16	12	28	29,47	42	44,21	25	26,32

(Continúa)

CUADRO XII (Continuación)  
 ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2005  
 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

Entidades	Total	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamiento	Resoluciones favor del reclamante	Suma	%				
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	86	7	14	21	24,42	22	25,58	43	50,00
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	86	4	18	22	25,58	34	39,53	30	34,88
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	84	19	13	32	38,10	26	30,95	26	30,95
AXA AURORA IBERICA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	78	6	11	17	21,79	22	28,21	39	50,00
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	71	4	12	16	22,54	14	19,72	41	57,75
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	69	10	9	19	27,54	21	30,43	29	42,03
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	66	6	15	21	31,82	27	40,91	18	27,27
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	58	9	9	18	31,03	16	27,59	24	41,38
WINTERTHUR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	56	19	10	29	51,79	10	17,86	17	30,36
LIBERTY INSURANCE GROUP, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	54	5	17	22	40,74	12	22,22	20	37,04
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	53	13	3	16	30,19	17	32,08	20	37,74

En el cuadro anterior se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 15 compañías con más reclamaciones resueltas durante el 2005 por el Servicio de Reclamaciones.

A diferencia del cuadro XI en el que se relacionan las 15 entidades más reclamadas durante 2005, en este cuadro se relacionan las 15 entidades con mayor número de expedientes resueltos en 2005 y el sentido y forma de la terminación del expediente.

Los datos contenidos en el cuadro muestran el total de reclamaciones de cada una de las entidades que se indican, distinguiendo en valores absolutos y porcentuales 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, aquellas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de un pago anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

Asimismo, 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.

La entidad con mayor porcentaje de informes favorables al reclamante, sumando los allanamientos y los que finalizan estimando la reclamación del interesado, al igual que el año anterior es *Winterthur Seguros Generales*, con un porcentaje del 51,79% sobre el total de reclamaciones resueltas durante el año 2005.

Por otro lado, la entidad con el porcentaje más elevado de informes a su favor es *Santa Lucía*, con un 44,21% sobre el total de reclamaciones.

Finalmente hay que señalar que en el plazo para completar un expediente de reclamaciones y, por tanto, en el número de expedientes resueltos en el año, incide de manera destacada la celeridad de las entidades en la presentación de alegaciones o en la remisión de la información solicitada por el Servicio de Reclamaciones. En este sentido, las entidades *Allianz*, *Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.*, *MAPFRE Seguros Generales* y *Santander Seguros*, presentan un retraso reiterado en alegaciones o en el suministro de informaciones complementarias necesarias para la resolución de los expedientes.

### 3. PLANES DE PENSIONES

El Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones presentadas por partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales; las reclamaciones que tengan su origen en la contratación de planes de pensiones de empleo y asociados continúan siendo tramitadas, en atención a su naturaleza, por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones. El número de reclamaciones referidas a planes y fondos de pensiones iniciadas por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2005 fue de 91, un volumen ligeramente inferior al año anterior, en el que se iniciaron 108 expedientes de reclamación.

Transcurridos dos años desde la publicación de la normativa específica para la recepción y tramitación de las consultas y reclamaciones por parte de las entidades gestoras y del órgano de supervisión, recogida en el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, y 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, [hay que](#) concluir que la misma ha permitido disponer de un procedimiento permanente y reglado, aplicable también a los planes de pensiones, que facilita al consumidor

la gestión de sus consultas, quejas y reclamaciones. La existencia de un pronunciamiento previo y fundamentado por parte de las entidades ante un desacuerdo concreto, beneficia en primer lugar al reclamante, que conoce con mayor profundidad los motivos por los que ha sido rechazada su solicitud y, en segundo lugar, facilita la resolución motivada por parte del órgano de control al contar con las dos versiones necesarias para una toma de postura.

Existen supuestos en los que las versiones de las partes presentan una manifiesta contradicción y no se aporta por ninguna de ellas un soporte documental con suficiente capacidad probatoria. Estos supuestos son habituales ante las alegaciones del reclamante sobre la información verbal recibida durante la contratación por parte del personal comercial de la entidad comercializadora del plan de pensiones, la cual no fue plasmada en ningún documento por la entidad. Sin embargo, en una parte significativa de las reclamaciones cuyo origen es la información recibida de la entidad, los partícipes transmiten experiencias que inducen a pensar que el cliente no ha sido adecuadamente informado sobre las características del plan de pensiones, produciéndose la contratación de productos objetivamente desaconsejables para el perfil del cliente.

Por el número de reclamaciones recibidas puede afirmarse que el momento de la decisión del partícipe sobre la forma del cobro de la prestación es especialmente delicado. Especialmente se repiten reclamaciones por haber entendido que el plazo de la prestación era determinado y cierto, cuando el mismo no lo era, pues dependía del agotamiento de los derechos económicos que continuaban invertidos en distintos tipos de valores y por lo tanto sometido a las fluctuaciones de los mercados. En este aspecto, como más adelante se destaca en algún supuesto concreto comentado, no ayuda a la percepción de una información clara y transparente la presentación de simulaciones que se basan en condiciones concretas de rentabilidad que habitualmente no se mantienen, modificándose en consecuencia la duración de la prestación.

### 3.1. Expedientes iniciados durante el año

En este apartado se detallan por meses, el número de expedientes admitidos a trámite y los no admitidos. El motivo más habitual de no admisión fue no haber presentado previamente la reclamación al Defensor del Partícipe.

CUADRO XIII.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2005

Período	Reclamaciones de planes admitidas	Reclamaciones de planes no admitidas	Total
Enero	1	1	2
Febrero	9	4	13
Marzo	9	5	14
Abril	10	6	16
Mayo	12	2	14
Junio	14	4	18
Julio	7	2	9
Agosto	7	9	16
Septiembre	4	0	4
Octubre	10	3	13
Noviembre	5	3	8
Diciembre	3	5	8
<b>TOTAL AÑO</b>	<b>91</b>	<b>44</b>	<b>135</b>

### 3.2. Motivos de reclamación

En el cuadro XIV, se exponen cuales fueron los motivos de reclamación más repetidos de los expedientes terminados durante el año 2005.

En esta edición del informe del Servicio de Reclamaciones destaca como primer motivo de reclamación la información parcial, confusa o incorrecta emitida por los comercializadores de planes de pensiones durante la captación de clientes; seguida de la demora en la movilización de planes entre distintas entidades gestoras, sobrepasando el plazo máximo marcado por la normativa aplicable; a continuación resulta significativo el porcentaje de reclamaciones basadas en la existencia de desacuerdos entre partícipes y entidades gestoras por la valoración de los derechos consolidados; siendo el cuarto de los motivos más repetidos las aportaciones de personas ya jubiladas a planes de pensiones, desconociendo las limitaciones de disponibilidad de estas aportaciones efectuadas tras la jubilación.

*1º Deficiencias en la información transmitida al cliente durante la comercialización de los planes de pensiones.*

Durante el año 2005 el primer motivo de reclamación con un incremento del 300% ha sido la información parcial, incorrecta o confusa emitida por los comercializadores de los planes de pensiones, mayoritariamente entidades bancarias. La mayoría de estas reclamaciones destacan la falta de información sobre determinadas limitaciones en la posibilidad de disposición de los derechos consolidados acumulados en el fondo de pensiones, los detalles sobre la forma de inversión y distribución de la misma entre los distintos activos financieros, y sobre la rentabilidad que previsiblemente obtendrá el partícipe, entre otros.

Dentro de este apartado se encuentran aquellas reclamaciones que tienen su origen en la publicidad emitida por la entidad comercializadora, al considerar el cliente que no se han cumplido determinadas promesas incluidas en ésta.

En algunos casos la publicidad resalta la información sobre la rentabilidad obtenida en pasados ejercicios, que inducen al inversor a pensar en la expectativa de repetir similares rentabilidades, no alcanzándose en muchas ocasiones los rendimientos pasados.

Unido a este motivo de reclamación, se encuentran las quejas por las comisiones de gestión cobradas por las entidades gestoras y depositarias, especialmente en los periodos de pérdidas importantes en el valor de los derechos consolidados por la negativa evolución de los mercados bursátiles.

El artículo 84 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones regula el límite máximo de las comisiones que pueden retribuir a las entidades gestora y depositaria, fijados en el dos por ciento anual del valor de las cuentas de posición a que deban imputarse para la entidad gestora y en el 0,5% sobre los mismos valores para la entidad depositaria.

Al cliente de las entidades gestoras le resulta difícil entender, en épocas continuadas de pérdidas anuales en sus derechos consolidados, que la retribución del 2,5% de entidad gestora y depositaria permanezca inalterable. Igualmente se produce un segundo efecto negativo para el partícipe cuyo fondo de pensiones invierte en renta fija, al observar que durante los pasados ejercicios la rentabilidad obtenida no supera a las comisiones cobradas, por lo que la rentabilidad real suele ser inexistente o negativa incluso en renta fija.

Existen otras reclamaciones motivadas por entender que la entidad no cumplió sus promesas de determinados incentivos por el traspaso de planes de pensiones de terceras entidades. Es práctica habitual entre determinadas empresas del sector ofrecer incentivos de un porcentaje determinado sobre el total de dere-

chos consolidados que se incorporen al plan de pensiones desde otra entidad, en unos casos; o como nuevas aportaciones, en otros. Casi siempre van unidos a necesarios compromisos de permanencia en el plan al que van destinadas por un periodo determinado de tiempo. En relación con estas campañas, a veces se reclama por el incumplimiento por parte de la entidad del ingreso del incentivo prometido o bien de los plazos en los que se debería haber hecho ese ingreso según la oferta inicial.

Otra consecuencia de la información incorrecta o parcial se aprecia en la apertura de planes de pensiones por personas que ya se encuentran jubiladas, desconociendo que no podrán disponer de las aportaciones que realicen, salvo supuestos excepcionales. En ocasiones las personas que presentan la reclamación por haber contratado un plan de pensiones estando ya jubiladas, acuden a su entidad bancaria solicitando información para invertir sus ahorros, siendo aconsejados por la entidad para que contraten un plan de pensiones, sin saber que no podrán disponer de su inversión.

### *2º Excesos en el plazo máximo para la movilización de los derechos consolidados.*

Los retrasos en la movilización de los derechos consolidados solicitada por el partícipe ocuparon el segundo lugar por el número de reclamaciones recibidas, duplicando las recibidas por este motivo en el año 2004. Sin embargo, existe una importante diferencia, para la mayoría de las reclamaciones por este motivo ya les fue aplicable la nueva regulación contenida en el Reglamento de desarrollo del texto refundido de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004. El artículo 50 del Reglamento, dispone que la entidad gestora del fondo de origen deberá ordenar la transferencia bancaria y remitir a la gestora del fondo de destino toda la información financiera y fiscal necesaria para el traspaso. El plazo máximo para proceder a esta movilización será de siete días hábiles, a contar desde que la entidad gestora de destino disponga de la totalidad de la documentación necesaria, hasta que la entidad gestora de origen ordene la oportuna transferencia. En el caso de que la transferencia se ordene por el partícipe entre fondos distintos pero de la misma entidad gestora, el plazo se reduce a dos días hábiles. La anterior legislación, en vigor hasta febrero de 2004, concedía un plazo de quince días naturales.

### *3º Desacuerdo con la valoración de los derechos consolidados.*

El origen de las reclamaciones que se incluyen en este apartado es diverso. En ocasiones el partícipe no recibe la información trimestral y anual que la entidad gestora está obligada a remitir, con lo que pierde la necesaria continuidad en el seguimiento de la evolución de sus inversiones, restándole opciones de modificación de las mismas, si lo considera procedente.

En todo caso se pone de manifiesto una limitada información respecto de los valores concretos en los que se invierten los fondos del partícipe, lo que provoca desconfianza respecto a la exactitud de la valoración dada por la entidad a los derechos consolidados. El partícipe carece de medios para confirmar que el valor de cada unidad de cuenta que le transmite la entidad es el correcto.

### *4º Aportaciones a planes de pensiones por personas ya jubiladas.*

Este motivo fue la primera causa de reclamación durante el año 2004, y ha pasado en 2005 a ocupar el cuarto puesto; sin embargo, el número de reclamaciones ha aumentado en un 50%.

### *5º Otros motivos.*

En el grupo de reclamaciones incluidas bajo el título de prestaciones en general, un motivo repetido de reclamación ha sido la confusión respecto a las posibles formas de percepción de la prestación

en el momento que se llega a la edad de jubilación; especialmente aquellos partícipes que deciden percibir una renta, reciben información de las entidades de la que parece desprenderse que recibirán una mensualidad determinada en función de los derechos consolidados acumulados, durante un plazo de tiempo concreto. Sin embargo, transcurrido parcialmente el tiempo inicialmente previsto, se produce el agotamiento de los derechos económicos del partícipe y el consecuente cese en la percepción de la renta mensual. El origen de esta confusión, que provoca en última instancia la presentación de las reclamaciones, se debe a la falta de claridad respecto del funcionamiento real del cobro de la prestación, unido a la habitual entrega al beneficiario de simulaciones de percepción de la renta, bajo determinadas condiciones de rentabilidad de los fondos en los que continúan invertidos los derechos económicos que nutren la renta mensual que percibe el beneficiario.

En ocasiones la reclamación surge al solicitar el beneficiario un cambio en la forma de percepción de la prestación inicialmente acordada, debiendo destacarse que existen casos en los que estas modificaciones no pueden realizarse, por ejemplo si se contrató un seguro que garantice una renta vitalicia, no puede posteriormente pedirse el cobro en forma del capital.

La demora en el cobro de la prestación se produce por el transcurso de un plazo superior al previsto en el artículo 10, apartado 6, del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones para que la entidad reconozca y abone la prestación.

Las reclamaciones referidas a los dos supuestos extraordinarios para el cobro de la prestación, fueron motivadas por desacuerdos entre el reclamante y la entidad respecto del cumplimiento de los requisitos marcados por la vigente normativa para tener derecho a percibir la prestación, cuando no se ha cumplido la edad de jubilación o se ha producido el fallecimiento del partícipe. Estos supuestos excepcionales vienen recogidos en el artículo 9 del Reglamento, referido a los casos de desempleo de larga duración y enfermedad grave del partícipe o de sus beneficiarios.

CUADRO XIV  
RECLAMACIONES RESUELTAS DURANTE 2005 CLASIFICADAS POR ASUNTOS

Asuntos	Número	% S/total
1. Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de PP sin autorización del interesado, límite de aportaciones al PP.	27	28,72
2. Movilización derechos consolidados. Incumplimiento de plazos máximos para la movilización.	17	18,09
3. Desacuerdos con la valoración derechos consolidados.	16	17,02
4. Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al PP con posterioridad a la jubilación.	14	14,89
5. Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y su modificación.	6	6,38
6. Demora en el cobro de la prestación.	4	4,26
7. Supuestos especiales de liquidez. Enfermedad grave.	3	3,19
8. Inversión de los fondos de pensiones. Temas sobre contabilidad y cuentas.	2	2,13
9. Supuestos especiales de liquidez. Desempleo de larga duración.	2	2,13
10. Incluye todos los temas referidos a amas de casa.	1	1,06
11. Invalidez, Incluye todos los temas referentes a la invalidez, cualquiera que sea el tema tratado, cobro de prestaciones por invalidez absoluta, incapacidad y aportaciones sucesivas, incapacidad permanente y aportaciones para la jubilación.	1	1,06
12. Desacuerdo en la valoración-cuantía de la prestación recibida por el partícipe. Reclamaciones sobre gastos y comisiones repercutidas al partícipe en el momento del abono de la prestación.	1	1,06
<b>TOTAL AÑO 2005</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>

### 3.3. Entidades reclamadas

En el cuadro XV se detallan las tres entidades que fueron objeto de más reclamaciones durante el año 2005, mostrándose en las distintas columnas el número total de reclamaciones presentadas contra cada una de estas entidades, el porcentaje sobre el total de reclamaciones recibidas en el Servicio de Reclamaciones y, por último, se indica la cuota de mercado por patrimonio gestionado que le corresponde a cada una, pues este último valor permite evaluar si la proporción de reclamaciones recibidas contra una entidad está en relación con su posición en el ranking por gestión de activos.

CUADRO XV  
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES EN 2005

Denominación de la gestora	Reclamaciones	% S/total reclamaciones	% Patrimonio gestionado s/total(1)
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	39	43,33	16,50
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	11	12,22	16,39
CAJA DE MADRID PENSIONES S.A., E.G.F.P.	6	6,67	5,47

(1) Fuente: INVERCO. Ranking Patrimonio por grupos del Sistema Individual a 31.12.2005.

*Santander Pensiones* es la entidad más reclamada, al igual que el año anterior, y ha sido objeto de un número de reclamaciones relativo superior a su posición en el ranking de gestoras de planes y fondos de pensiones.

## 4. MEDIACIÓN

### 4.1. Expedientes iniciados durante el año

CUADRO XVI  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN INICIADAS EN 2005

Período	Reclamaciones de corredores	Reclamaciones de corredores no admitidas	Total
Enero	0	0	0
Febrero	1	0	1
Marzo	2	0	2
Abril	2	2	4
Mayo	4	3	7
Junio	3	1	4
Julio	5	1	6
Agosto	1	0	1
Septiembre	1	1	2
Octubre	1	2	3
Noviembre	2	2	4
Diciembre	1	1	2
<b>TOTAL AÑO 2005</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>36</b>

Los corredores de seguros, tanto personas físicas como sociedades, han sido objeto de un número de reclamaciones similar al recibido en el año 2004. Las entidades aseguradoras, según establece la Ley 9/1992, de 30 de abril, de mediación en seguros privados, responden administrativamente de las actuaciones irregulares de sus agentes y sociedades de agencia de seguros, motivo por el que la tramitación de reclamaciones contra un agente de seguros se dirige contra su entidad aseguradora y no contra el agente que motiva la reclamación.

## 4.2. Motivos de reclamación

CUADRO XVII  
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS DURANTE 2005 CLASIFICADAS POR ASUNTOS

MOTIVOS	NÚMERO	% S/TOTAL
1. Depositario de cantidades monetarias. El mediador recibe del cliente cantidades en concepto de pago de prima o procedentes de la entidad aseguradora para el pago de siniestro y aquellas no llegan a su destino.	4	40,00
2. La asistencia durante el siniestro fue inexistente o deficiente.	2	20,00
3. La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	2	20,00
4. Cambio de entidad aseguradora sin conocimiento ni consentimiento de tomador.	1	10,00
5. Mediadores que se extralimitan en las funciones otorgadas.	1	10,00
<b>TOTAL AÑO 2005</b>	<b>10</b>	<b>100,00</b>

El primer motivo de reclamación se encuentra en aquellos supuestos en los que el corredor ha recibido dinero que debe entregar a un tercero. La normativa reguladora de la actividad de los corredores de seguros configura a estos como depositarios mercantiles de los fondos que reciben, estando sometidos a las obligaciones de custodia y entrega que el Código de Comercio les impone.

La segunda causa que reclaman los clientes de los corredores de seguros se centra en el asesoramiento recibido durante la gestión de un siniestro; el mediador independiente debe poner a disposición de su cliente todos los medios a su alcance para conseguir que el siniestro se resuelva en el menor plazo posible y de la forma más favorable para el cliente, dentro de las coberturas contratadas y asumidas por la entidad aseguradora en la póliza de seguro. En ocasiones, el origen del problema se remonta al asesoramiento recibido respecto al alcance y limitaciones de las coberturas contratadas, que sería el tercer motivo de reclamación, al entender cubierto un riesgo que realmente se encontraba excluido por la póliza de seguro, surgiendo la reclamación en el momento de producirse un siniestro no cubierto por la entidad aseguradora.

El cuarto motivo de reclamación surge por los cambios de entidad aseguradora, sin el conocimiento ni la autorización necesaria por parte del cliente.

El último motivo de reclamación incluiría reclamaciones en las que el corredor propone o acepta una modificación de las condiciones de la póliza contratada sin consentimiento del tomador.

## 5. COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO

CUADRO XVIII  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACIÓN  
INICIADAS EN 2005

Período	Reclamaciones de comercialización
Enero	0
Febrero	0
Marzo	0
Abril	0
Mayo	0
Junio	0
Julio	1
Agosto	4
Septiembre	6
Octubre	5
Noviembre	0
Diciembre	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

El cuadro XVIII ofrece información sobre el número total de expedientes iniciados durante el año 2005, en materia de comercialización por entidades de crédito de seguros y planes de pensiones.

Las entidades de crédito son el principal canal de distribución de seguros de vida y prácticamente la totalidad de los planes y fondos de pensiones son comercializados con su intervención.

La mayoría de las reclamaciones están motivadas por la deficiente información emitida por la entidad al interesado.

Así, las entidades financieras comercializan los llamados “planes de ahorro” bajo distintas denominaciones comerciales, cuando realmente están comercializando un seguro; sin embargo, los reclamantes ponen de manifiesto su absoluto desconocimiento de haber contratado un seguro de vida.

Se destaca la falta de información sobre los riesgos que pueden afectar al producto contratado y así, determinadas reclamaciones destacan que en ningún momento fueron informados de que existía la posibilidad de obtener rentabilidades negativas.

Nuevamente se pone de manifiesto la importancia de respetar la transmisión al cliente de una información clara, transparente y completa.

## 6. UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

CUADRO XIX  
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

Tipo	Nº de Consultas
Telefónico	10.449
Visitas	1.401
<b>TOTAL AÑO</b>	<b>11.850</b>

La Unidad de Atención al Público está encargada de facilitar a los ciudadanos asesoramiento e información en materia de seguros, planes y fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito. En esta unidad el asesoramiento se realiza actualmente por vía telefónica y a través de visitas de los interesados, asimismo, está previsto que en un futuro próximo se puedan realizar también consultas por vía telemática.

El cuadro anterior muestra las cifras totales de las consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público durante el año 2005. Las consultas telefónicas han ascendido a 10.449, mientras que las visitas alcanzan las 1.401. En estas cifras se observa una disminución con respecto al año anterior, en aproximadamente un 25%, tanto de consultas telefónicas como de visitas presenciales.

Esta disminución se puede explicar por el reforzamiento que en materia de información ha supuesto la nueva normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros y por el esfuerzo realizado por el Servicio de Reclamaciones en garantizar la máxima transparencia de sus actuaciones a los ciudadanos, utilizando todos los medios de difusión posibles, como la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la que se publican los criterios seguidos en sus actuaciones e información sobre cómo plantear las reclamaciones.

CUADRO XX  
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO  
CLASIFICADAS POR RAMOS

DESCRIPCIÓN DEL RAMO	Porcentaje
Seguro de automóviles	51,20%
Multirisgos	21,92%
Vida	8,28 %
Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)	6,30 %
Responsabilidad civil general	4,06 %
Decesos	3,64%
Accidentes	2,08 %
Otros	2,52%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00 %</b>

El cuadro anterior ofrece la información sobre los ramos que dan lugar a mayor número de consultas presenciales y telefónicas en la Unidad de Atención al Público.

Las consultas más numerosas son las referidas al seguro de automóviles, que representan más del 50% del total, seguidas por las relacionadas con los seguros multirriesgo del hogar con un porcentaje del 21,92% sobre el total de las consultas recibidas.

Asimismo cabe destacar, que al igual que los asuntos que dan lugar a mayor número de reclamaciones, las consultas relacionadas con el ramo de vida han experimentado un aumento con respecto al año anterior, en especial las relativas a los seguros vinculados a préstamos hipotecarios.

Por último, hay que señalar que al igual que en años anteriores la información más solicitada en todos los ramos de seguro es la referida a los requisitos para plantear una reclamación ante este Servicio, así como sobre las diferentes instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras.



# **CAPÍTULO IV**

## **EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS**



Como ya se hizo en el informe del Servicio correspondiente al año 2004 se recogen algunos de los expedientes que han suscitado mayor interés en el Servicio de Reclamaciones durante el año y el sentido de los informes emitidos.

Los casos seleccionados tienen por finalidad poner de manifiesto los criterios del Servicio de Reclamaciones en relación con reclamaciones que destacan por las especiales circunstancias de las situaciones planteadas o de las actuaciones de las entidades afectadas o de los reclamantes.

Los casos contenidos en el informe, se clasifican por materias distinguiendo entre seguros, planes de pensiones y mediación, de acuerdo con la siguiente relación:

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Desianación de beneficiarios en un seauro de vida</li><li>2. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado</li><li>3. Discrepancia entre dos aseguradoras para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro.</li><li>4. No cobertura de aastos para aminorar las consecuencias de un siniestro</li><li>5. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados</li><li>6. No abono de aastos de localización del siniestro</li><li>7. Interpretación de la póliza</li><li>8. Seguro de vida para caso de fallecimiento en el que asegurado y beneficiario son la misma persona</li></ol>
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>9. Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del aatamiento de los derechos económicos.</li><li>10. Plan de pensiones contratado por una conareaación religiosa v renuncia del partícipe a favor de la conareaación.</li><li>11. Lubilada contrata plan de pensiones a la edad de 75 años por conseio de la entidad financiera.</li><li>12. Discrepancias entre el partícipe v la entidad aestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones.</li><li>13. Errores admitidos por la entidad ave no se solucionan en un plazo aceptable.</li><li>14. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones</li></ol>
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"><li>15. Problemas durante la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto</li></ol>

Los asuntos comentados se circunscriben a casos concretos planteados en expedientes de reclamaciones, sin que en ningún caso puedan considerarse actuaciones generalizadas, careciendo de valor representativo, en términos estadísticos, como malas prácticas habituales en el mercado.

## 1. SEGUROS.

TIPO SEGURO:  
Vida

ENTIDAD RECLAMADA:  
Winterthur Vida

ASUNTO:  
Cobro de la prestación por parte del cónyuge designado en la póliza como beneficiario.

INFORME FINAL:  
Se considera la separación matrimonial como ruptura del vínculo por lo que los beneficiarios serán los siguientes designados en la póliza.

### **1/2005. Designación de beneficiarios en un seguro de vida.**

En este caso, los hijos de un asegurado reclamaban la prestación garantizada en un seguro de vida al fallecimiento de su padre. La aseguradora efectuó el pago de la indemnización a la que era cónyuge del asegurado en el momento de la contratación. El vínculo matrimonial se rompió con posterioridad a la suscripción de la póliza, existiendo sentencia de separación inscrita en el Registro Civil.

La aseguradora alegaba que en las condiciones particulares se designaba como beneficiarios al cónyuge y, en su defecto, a los hijos por partes iguales. Añadía que la existencia de una separación judicial no supone la disolución del vínculo matrimonial, ya que ésta sólo se produce con la muerte de uno de los cónyuges o en caso de divorcio.

De acuerdo con el artículo 85 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, la designación del cónyuge como beneficiario atribuye tal condición al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

En aplicación de la legislación prevista en el Código Civil, artículos 834 y 945, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la designación del beneficiario del cónyuge es ineficaz cuando en el momento de acaecer el siniestro exista separación legal, divorcio o nulidad matrimonial. En este supuesto se concluyó que los beneficiarios debían ser los hijos del fallecido-asegurado.

**TIPO SEGURO:**  
Vida

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Bankinter S.A de Seguros y Reaseguros

**ASUNTO:**  
Modificación del contrato sin previo consentimiento del asegurado. La modificación afectaba a un elemento tan esencial en un seguro de vida como la revalorización de la prima aportada.

**INFORME FINAL:**  
El Servicio considera que la modificación de un contrato solo puede realizarse con aceptación de los contratantes, no admitiendo por tanto la alteración realizada unilateralmente por la aseguradora.

## **2/2005. Modificación de un contrato sin consentimiento del asegurado.**

La reclamación planteada tenía por objeto denunciar la modificación, sin consentimiento del asegurado, de un seguro colectivo. En el contrato inicial se garantizaba el 100% de la prima pagada más el 60% de la revalorización media del índice NIKKEI. Con posterioridad, el asegurado recibió un nuevo certificado individual del seguro contratado en el que se le garantizaba como mínimo el 90% de la prima, y como máximo el 90% de la prima más el 100% de la revalorización media del índice NIKKEI.

El Servicio de Reclamaciones recordó en su informe que el tomador del seguro es la persona a la que se le impone el deber de cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato, estando dentro de éstas especialmente la del pago de la prima. Por tanto, al realizarse el abono por quien figura como asegurado, el tomador del seguro no es en realidad la entidad financiera como, sino quién aparece como asegurado en el contrato.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, no sólo el contrato debe ser formalizado por escrito sino también sus modificaciones o adiciones. En este caso, la entidad aseguradora emitió un nuevo certificado individual transformando el anteriormente suscrito. Al amparo del artículo antes citado, y de lo previsto con carácter general en la legislación civil (artículos 1254, 1261, 1262 del Código Civil), esta modificación, para su validez, habría requerido el consentimiento de ambas partes, porque en caso contrario, se estaría dejando al arbitrio de uno de los contratantes la variación de las condiciones pactadas. Por ello, la modificación del certificado individual hacía precisa la aceptación por parte del asegurado, cumpliendo la formalización una función probatoria de la misma.

**TIPO SEGURO:**  
Multirriesgo del hogar

**ENTIDADES RECLAMADAS:**  
-Seguros Catalana Occidente  
- Preventiva Seguros

**ASUNTO:**  
Discrepancias entre dos aseguradoras para dar cobertura a un siniestro acaecido en la vivienda del asegurado.

**INFORME FINAL:**  
El Servicio consideró que había existido un incumplimiento por parte de las dos aseguradoras, del artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

### **3/2005. Discrepancia entre dos aseguradores para establecer la cobertura por una u otra de un siniestro.**

La reclamación planteada tenía por objeto denunciar la situación sufrida por el asegurado, derivada del desacuerdo entre dos compañías aseguradoras en cuanto a la cobertura de un siniestro.

El reclamante, que tenía suscrito con una de las entidades un seguro multirriesgo de hogar, comunicó a su entidad la rotura de una tubería de la vivienda asegurada. La compañía envió a un fontanero que informó que la tubería era comunitaria por lo que se negó a hacer la reparación. Avisada la aseguradora de la comunidad, ésta envía a otro fontanero, que informa que la tubería es privativa y que el siniestro debía cubrirse por la aseguradora del propietario. Ante la negativa de ambas entidades, el reclamante tuvo que encargar la reparación por su cuenta a un fontanero.

Si bien es evidente que el Servicio de Reclamaciones carecía de los elementos de juicio suficientes para determinar si la tubería rota era privativa o comunitaria, lo cierto es que la discrepancia entre ambas aseguradoras en ningún caso debería afectar al asegurado. En el informe emitido por el Servicio se señaló que, sin perjuicio del procedimiento que ambas aseguradoras eligiesen para resolver sus discrepancias, a la vista de la documentación aportada se constataba la intervención de tres profesionales, elegidos cada una de las partes (reclamante y aseguradoras) siendo la opinión mayoritaria la de que la tubería rota era comunitaria, sin que constase un informe contradictorio emitido por un profesional elegido de mutuo acuerdo por ambas aseguradoras.

En definitiva, en tanto no se resolviesen dichas discrepancias, debería ser la aseguradora de la comunidad la que hiciese frente al pago de la indemnización, sin que se le pudiese imponer al reclamante ninguna actuación en orden a resolver una discrepancia que se produce entre las aseguradoras.

En el citado informe se concluyó que había existido incumplimiento por parte de las dos aseguradoras del artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; el citado artículo establece que el asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier caso, el asegurador debe efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

**TIPO SEGURO:**

Multirriesgo de comercio

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Banco Vitalicio Cia de Seguros y Reaseguros

**ASUNTO:**

La entidad se niega a pagar el coste de una cerradura

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio fue que debían estimarse las pretensiones de la asegurada, pues el gasto realizado para sustituir la cerradura de acceso al bien asegurado debe entenderse entre los previstos como necesarios para aminorar las consecuencias del siniestro

## 4/2005. No cobertura de gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro.

En el expediente de referencia, la tomadora del contrato había suscrito un seguro multirriesgo para empresas de servicios sobre la academia que regentaba. Al sufrir el robo de las llaves del local de negocio, decidió cambiar la cerradura, negándose la entidad aseguradora a asumir el coste de dicho cambio.

La aseguradora alegó que la garantía de robo cubría los daños materiales (destrucción, desaparición o deterioro) derivados de la sustracción ilegítima por parte de terceros de los bienes asegurados, no existiendo en este caso daños en la cerradura del riesgo asegurado.

El artículo 17 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece que el asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.(...) Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados, **serán de cuenta del asegurador hasta el límite fijado en el contrato**, incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En defecto de pacto se indemnizarán los gastos efectivamente originados. Tal indemnización no podrá exceder de la suma asegurada.

En la póliza en que se fundamenta este expediente se establecía un límite a la cobertura de los gastos para aminorar las consecuencias de un siniestro, a que se refiere el artículo anterior.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que debían estimarse las pretensiones de la asegurada, pues el gasto realizado para sustituir la cerradura de acceso al bien asegurado debe entenderse entre los previstos como necesarios para aminorar las consecuencias del siniestro indicados en el mencionado artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro y en el propio condicionado de la póliza suscrita por las partes.

**TIPO SEGURO:**

Enfermedad y accidentes

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Banco Vitalicio Cia de Seguros y Reaseguros

**ASUNTO:**

La entidad niega la incapacidad para el desempeño del trabajo habitual por entender que la situación del asegurado le permite dedicarse parcialmente a sus actividades habituales.

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que resulta contrario a derecho que la entidad imponga unilateralmente su opinión, ya que la cláusula en la que se basaba para rehusar el siniestro, podría ser considerada lesiva para los asegurados.

**TIPO SEGURO:**

Multirisgo del hogar

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Seguros Catalana Occidente

**ASUNTO:**

La entidad tras realizar la localización de la avería concluyó que no había rotura de las tuberías y por tanto no existía cobertura en la póliza. No se hizo cargo del siniestro ni de los desperfectos ocasionados.

**INFORME FINAL:**

Se estimó que si bien se carecía de los elementos de juicio necesarios para pronunciarse sobre el origen del siniestro, lo cierto es que los daños producidos por las operaciones de localización fueron debidos a la actuación de operarios elegidos por la aseguradora.

## **5/2005. Cláusulas lesivas para los intereses de los asegurados.**

En esta reclamación, la entidad aseguradora rechazaba un siniestro en una póliza de enfermedad y accidentes, al entender que no existía incapacidad total para el desarrollo de la actividad declarada en la póliza.

El reclamante estuvo en situación de baja laboral como consecuencia de una dolencia cervical certificada por facultativo médico. La dolencia sufrida impidió totalmente al asegurado desarrollar su actividad profesional. La entidad rechazó el siniestro al entender que la situación física del reclamante le permitía dedicarse, aún parcialmente, a sus tareas habituales, no procediendo indemnización conforme a las condiciones generales de la póliza suscrita.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que resultaba contrario a derecho que la entidad impusiese unilateralmente su opinión, sin proponer al asegurado la aplicación del régimen de tercer perito previsto en el condicionado general y en la Ley de Contrato de Seguro. Las cláusulas en las que se basaba la entidad para rehusar el siniestro, podrían ser consideradas lesivas para los derechos de los asegurados, pues reducen de tal forma el riesgo cubierto que podría llegar a dejar el contrato sin causa.

## **6/2005. No abono de gastos de localización del siniestro.**

En la reclamación de referencia, la entidad aseguradora no se hizo cargo de los gastos de localización de una avería.

Comunicado por el reclamante un siniestro en la vivienda asegurada, la aseguradora procedió a realizar las operaciones de localización de la avería. Según la entidad, no se pudo detectar con claridad el origen del siniestro, no correspondiendo en ningún caso a la rotura de tuberías, supuesto que quedaría cubierto por la póliza suscrita, por lo que decidió no hacerse cargo de las consecuencias económicas del siniestro, ni de los desperfectos ocasionados como consecuencia de las operaciones de localización realizadas por sus operarios.

En este caso, si bien el Servicio de Reclamaciones carecía de los elementos de juicio necesarios para pronunciarse sobre el origen del siniestro, lo cierto es que los daños producidos por las operaciones de localización fueron debidos a la actuación de operarios elegidos y enviados por la aseguradora. La entidad aseguradora debió haberse hecho cargo de los daños ocasionados por dichas operaciones, por lo que se concluyó que la entidad estaba afectada por un incumplimiento de contrato.

**TIPO SEGURO:**  
Multirriesgo del hogar

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Liberty Insurance Cia de Seguros y Reaseguros

**ASUNTO:**  
Robo de joyas, en el que la entidad alega la falta de cobertura por no haber sido objeto de declaración especial, al superar su valor un determinado límite.

**INFORME FINAL:**  
Se estimó la reclamación ya que la cláusula exigía la declaración de las joyas que superasen un determinado valor y éstas consideradas individualmente no lo superaban.

## **7/2005. Interpretación de la póliza.**

En el expediente de referencia, la entidad aseguradora hacía una interpretación de la póliza de manera que el siniestro declarado no quedaba cubierto.

El reclamante era tomador de un seguro multirriesgo de hogar sobre la vivienda de su propiedad, que fue objeto de un robo. Entre los objetos robados había varias joyas, y la entidad rechazó la cobertura del robo respecto a éstas porque las cláusulas contratadas establecían que las joyas cuyo valor unitario superase un determinado importe, debían ser objeto de especial declaración, y según la entidad las joyas robadas superaban dicho límite y no habían sido declaradas. Ninguna de las joyas superaba individualmente, aunque sí consideradas en su totalidad, el valor establecido como límite en la póliza a partir del cual debían ser objeto de expresa declaración en el contrato.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que debían estimarse las pretensiones del reclamante, pues la interpretación dada por la entidad al condicionado del contrato no era ajustada a los términos literales acordados en la póliza.

TIPO SEGURO:  
Vida

ENTIDAD AFECTADA:  
Santander Seguros y  
Reaseguros, Compañía  
Aseguradora, S.A

ASUNTO:  
Seguros de vida en el que la entidad reclamada niega el pago de la prestación a la beneficiaria de las pólizas ya que ésta es también asegurada en las mismas.

INFORME FINAL:  
El criterio del Servicio fue reconocer el derecho a la prestación de la beneficiaria y la aplicación de intereses por mora, ya que de la documentación aportada al expediente no existían dudas de que la voluntad de la tomadora fue realizar un seguro sobre su vida nombrando como beneficiaria a la reclamante y que el error cometido por la entidad no podía perjudicar los derechos de la beneficiaria.

## **8/2005. Seguro de vida para caso de fallecimiento en que la asegurada y beneficiaria son la misma persona.**

En este supuesto, la tomadora contrató con una entidad absorbida por la entidad reclamada dos seguros de vida de la modalidad unit link, por un capital inicial de 80.303,63 euros y 288.485,81 euros, designando como beneficiaria a la reclamante.

Posteriormente se produce el fallecimiento de la tomadora de la póliza, por lo que la reclamante se dirige a la entidad solicitando el pago de la prestación en su condición de beneficiaria.

La entidad le niega el derecho a la prestación, manifestando que en la póliza aparece designada como asegurada y beneficiaria la reclamante y por lo tanto no se ha producido el supuesto de hecho cubierto por el contrato, es decir, el fallecimiento de la asegurada, sino el de la tomadora de la póliza. No obstante, la entidad reconoce finalmente la incongruencia en la formalización del contrato, ya que no parece tener sentido que en un seguro de vida para caso de fallecimiento aparezca designada como beneficiaria y asegurada la misma persona, pero ante la imposibilidad de conocer, cual era la voluntad de la fallecida en el momento de la contratación, no reconoce a la beneficiaria su derecho a la prestación, sino que acuerda que el valor acumulado de ambas pólizas pase a formar parte de la masa hereditaria de la fallecida, quedando a disposición de sus herederos legítimos, solicitando de la reclamante, en su caso, que acredite su condición de heredera para proceder al pago de la prestación.

La reclamante manifestó no poder acreditar su condición de heredera de la fallecida, al haber muerto ésta sin otorgar testamento. Asimismo, ante las alegaciones realizadas por la entidad de que no se podía conocer cuál era la voluntad de la tomadora en el momento de la suscripción del seguro, aporta dos cartas enviadas al departamento de prestaciones de la entidad reclamada por las personas responsables de la sucursal en que se realizó la contratación del seguro, las cuales se encontraban presentes en el momento de la contratación, en las que se reconoce la voluntad de la fallecida de designar como beneficiaria del seguro a la reclamante.

Posteriormente la entidad reclamada procedió a la consignación judicial de la prestación por importe de 392.224,48 €, a la espera de determinar quién era la beneficiaria de la póliza.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que de la documentación aportada al expediente no cabían dudas de que la voluntad de la tomadora fue realizar un seguro sobre su vida nombrando como beneficiaria a la reclamante. Asimismo, consideró que el error cometido por la entidad en la formalización del contrato, en ningún caso podía perjudicar los derechos de la beneficiaria de la póliza y por consiguiente, reconoció el derecho de la beneficiaria designada en la póliza a la prestación y la aplicación de los intereses por mora en los términos establecidos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, como consecuencia del retraso en el cumplimiento de la misma.

## 2. PLANES DE PENSIONES

**TIPO DE OPERACIÓN:**  
Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Santander Pensiones, S. A.  
EGFP.

**ASUNTO:**  
Al producirse la contingencia prevista en el plan, la gestora informa al partícipe de las opciones de cobro comunicándole una revalorización anual del 4%. Posteriormente le informa del término de las cuotas mensuales ante la pérdida de valor de sus derechos económicos.

**INFORME FINAL:**  
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar falta de claridad y transparencia en la información suministrada al cliente en el momento de conocer las distintas opciones de cobro.

### **9/2005. Reducción del periodo de cobro de una prestación como consecuencia del agotamiento de los derechos económicos.**

Producido el hecho generador del nacimiento del derecho a percibir la prestación, el reclamante es informado, según alega, de que le correspondería una determinada cuantía mensual constante durante 60 meses, habiendo sido calculada la renta a un tipo de interés del 4% anual. Sin embargo, tras la percepción de la 52ª mensualidad, recibe comunicación de la entidad gestora informando que con el abono de esta última mensualidad, se han agotado los derechos económicos.

La entidad justifica su actuación informando que los derechos económicos del beneficiario siguen invertidos con posterioridad al hecho generador de la prestación en determinados fondos y, en consecuencia, sujetos a devaluaciones o revalorizaciones en función de la dinámica del mercado bursátil, por lo que, no habiéndose cumplido la previsión de mantener una revalorización anual del 4%, se produce un recorte de los periodos inicialmente previstos, al haberse mantenido la cuantía de la mensualidad abonada.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la actuación de la entidad gestora, respecto de la gestión de los derechos económicos, es conforme a la normativa aplicable. Sin embargo, se resalta la necesidad de informar de forma clara y transparente al cliente, en el momento que se le presentan las distintas opciones de cobro de la prestación, de las características y limitaciones que cada una de ellas conlleva. En la mayoría de este tipo de reclamaciones, el cliente manifiesta desconocer la posibilidad de pérdida de valor de sus derechos económicos, pensando que el plazo en el que percibiría la prestación es un plazo cierto y no condicionado a la rentabilidad de la inversión.

**TIPO DE OPERACIÓN:**  
Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Winterthur Pensiones, EGFP,  
S. A.

**ASUNTO:**  
Un partícipe de un plan suscrito por una congregación religiosa renuncia con acta notarial a su derecho de cobro de la prestación. Posteriormente cuando la congregación solicita la prestación, aquel reclama sus derechos. La entidad abona la pensión a la congregación.

**INFORME FINAL:**  
Se considera conforme a derecho la actuación de la gestora puesto que el partícipe renunció como persona física a su derecho al cobro de la prestación acreditado mediante acta notarial.

### **10/2005. Plan de Pensiones contratado por una congregación religiosa y renuncia del partícipe a favor de la congregación.**

La congregación religiosa contrató un plan de pensiones para cada uno de sus miembros, firmando estos individualmente una renuncia ante notario a los beneficios del Plan a favor de la institución de la que formaban parte. Siete años después de esta renuncia, el reclamante dejó de ser miembro de la institución religiosa; y posteriormente pasa a la situación de jubilado. En marzo de 2004 la institución religiosa solicitó la prestación de jubilación del partícipe, aportando la renuncia notarial de éste, solicitud que ejecuta la entidad reclamada, la cual informó al partícipe de la retención fiscal realizada sobre la prestación abonada y le advirtió que quedaba sujeto a la inclusión de la prestación procedente del plan de pensiones en la declaración del impuesto sobre la renta correspondiente al ejercicio 2004. El partícipe reclama por el proceso de liquidación del plan de pensiones, declarando que su interés es mantenerlo hasta pasados diez años y no cobrar en ese momento la prestación.

La entidad gestora, ante la reclamación presentada al entender el partícipe que la solicitud de prestación debía ser realizada por él mismo e ingresado en su cuenta corriente el capital correspondiente, le contesta recordándole la renuncia notarial realizada.

El criterio emitido fue que la normativa reguladora de los planes de pensiones individuales, en consonancia con su carácter de previsión social complementaria a las prestaciones públicas, prevé que el beneficiario de un plan de pensiones debe ser una persona física. En el supuesto objeto de reclamación, el beneficiario del plan de pensiones individual era el propio partícipe, pero éste, libremente, cede los derechos económicos de todo tipo que le pudieran corresponder por el cobro de prestaciones del plan de pensiones a una institución religiosa, plasmada la renuncia mediante acta notarial, en la cual se califica como irrevocable.

La actuación de la entidad gestora fue conforme a derecho, toda vez que ejecutó la declaración de voluntad del partícipe beneficiario plasmada en acta notarial, que no fue impugnada por haber sido manifestada bajo algún tipo de situación que la normativa vigente pudiera calificar de vicio de la voluntad del declarante.

**TIPO DE OPERACIÓN:**

Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**Deutsche Zurich Pensiones,  
S. A. EGFP**ASUNTO:**

Se contrata un plan de pensiones por una persona de 75 años, en el año 1995. Posteriormente no se le informa de la modificación legislativa según la cual las cantidades aportadas tras producirse la jubilación sólo pueden ser recibidas por los herederos beneficiarios de la partícipe.

**INFORME FINAL:**

Se pone de manifiesto la existencia de un posible error en la contratación de un producto que por sus características no se adecua a los intereses del contratante.

## **11/2005. Jubilada que contrata un plan de pensiones a la edad de 75 años por consejo de la entidad financiera.**

La reclamante alega que asesores comerciales de una entidad financiera le aconsejaron en el año 1995, cuando tenía una edad de 75 años, la contratación de un plan de pensiones. Según señala, nunca fue informada de la modificación legislativa realizada por la Ley 40/1998, del IRPF, según la cual las cantidades aportadas tras producirse la jubilación sólo pueden ser recibidas por los herederos beneficiarios de la partícipe.

El Servicio de Atención al Cliente de la entidad financiera y la propia entidad gestora centran sus alegaciones en lo dispuesto en la normativa vigente tras las modificaciones introducidas por la Ley de regulación del IRPF en el año 1998. Afirman haber enviado a todos sus partícipes una nota informativa en abril de 1999 sobre los cambios legislativos. No realiza ninguna referencia a la justificación por la que los asesores comerciales de la entidad aconsejaron la apertura de un plan de pensiones a una persona de la edad y la situación laboral de la reclamante.

El criterio emitido por el Servicio de Reclamaciones fue que de la información y documentación transmitidas por las partes, se ponía de manifiesto la existencia de un posible vicio de error en el consentimiento de la reclamante al contratar el plan de pensiones, por tratarse de un producto financiero que no está pensado para su contratación por personas ya jubiladas, no habiendo justificado la entidad los motivos que alentaron su oferta a una persona que no reunía el perfil adecuado para su contratación; igualmente no cumplió una de las principales condiciones que requería la reclamante, la disponibilidad de las inversiones realizadas en beneficio del propio partícipe, estando de este modo la contratación viciada, según las previsiones contenidas en el Código Civil.

**TIPO DE OPERACIÓN:**

Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Santander Pensiones, S. A.  
EGFP.

**ASUNTO:**

El reclamante plantea la reclamación ante la errónea información recibida de la entidad sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones. La entidad no justifica el error contenido en la información.

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad gestora no habría cumplido las normas de transparencia y protección de la clientela, no ajustándose su actuación a prácticas adecuadas en materia de información.

**12/2005. Discrepancias entre el partícipe y la entidad gestora sobre las aportaciones realizadas al plan de pensiones.**

En junio de 2004 el partícipe recibe información de la entidad gestora relativa a las aportaciones realizadas desde el inicio de su adhesión al plan, según la cual el partícipe habría aportado 6.226,44 euros, no estando conforme el reclamante que considera que la cantidad real aportada habría sido 9.313,14 euros. Presenta reclamación ante la entidad, que le contesta que tiene dos planes de pensiones y le transmite información de los derechos consolidados en cada uno de ellos y detalle de las aportaciones realizadas. De la misma se desprende que la cuantía defendida por el reclamante sería la correcta.

La entidad gestora, ante la puesta de manifiesto del expediente, alega que la entidad le remitió al partícipe extracto de cada uno de los movimientos habidos en su plan de pensiones, de los que adjunta copia. Por último, informa que en diciembre de 2004 el partícipe movilizó sus derechos consolidados a otra entidad gestora. Sin embargo, no justifica el motivo por el que el documento de adeudo por domiciliaciones remitido al partícipe en junio de 2004, del que consta copia en el expediente, figura efectivamente bajo el apartado "Aportado desde inicio", 6.226,44 euros.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad gestora no habría cumplido las normas de transparencia y protección de la clientela, no ajustándose su actuación, en este caso, a prácticas adecuadas de información a la clientela.

**TIPO DE OPERACIÓN:**  
Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Santander Pensiones, S. A.  
EGFP.

**ASUNTO:**

El reclamante detecta que se habían realizado movilizaciones de planes de pensiones sin su conocimiento. La entidad le contesta que se trata de un error y que se va a proceder a su subsanación; no obstante, en el momento de la reclamación éste no se había corregido

**INFORME FINAL:**

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad gestora no respetó las normas reguladoras de la actividad de planes y fondos de pensiones, de protección de la clientela y de buenas prácticas y usos financieros, habiendo podido perjudicar los intereses y derechos de su cliente, al haber procedido a adherir al reclamante a un plan de pensiones sin el necesario consentimiento que dicha adhesión requiere.

## **13/2005. Errores admitidos por la entidad que no se solucionan en un plazo aceptable.**

**13.1.** El reclamante detecta en diciembre de 2003, al solicitar información sobre los planes de pensiones contratados por él y por su esposa, que habían sido realizadas sendas movilizaciones desde el plan Renta Variable España al plan Renta Variable Mixta en diciembre de 2002. Al presentar la reclamación la entidad les informa que se debe a un error que van a solucionar, sin embargo, en agosto de 2004 continúa sin ser rectificado el error. El Defensor del Partícipe acusa recibo de la reclamación, pero no contesta a la misma.

El Servicio de Reclamaciones trasladó la reclamación a la entidad gestora, la cual alega que no habiendo podido localizar las órdenes de traspaso, la entidad ha determinado el abono de las compensaciones económicas que corresponden, valoradas en la diferencia de rentabilidad entre los planes de origen y de destino de la movilización no solicitada.

Trasladadas al reclamante las anteriores manifestaciones, de las que se desprende el allanamiento de la entidad, aquél contesta que a fecha 5 de mayo de 2005 la entidad no ha abonado cantidad alguna relacionada con la reclamación presentada, discrepando de las fechas de origen y fin propuesta por la entidad, para el cálculo de la compensación económica.

El criterio del servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones fue que la entidad gestora procedió a la movilización de unos derechos consolidados sin el consentimiento ni el conocimiento del partícipe, no respetando las normas reguladoras de los planes y fondos de pensiones, que exigen la autorización y el consentimiento del partícipe para proceder a la movilización de los derechos consolidados; tampoco cumplió con su deber de atender y resolver la reclamación de su cliente.

La entidad reconoce que la movilización entre planes de la misma entidad se produce por un error interno; sin embargo, transcurridos dos años y medio desde que se produce el error y un año y medio desde que es detectado y puesto en conocimiento de la entidad, aún no se había corregido el mismo ni compensado al partícipe por los perjuicios económicos.

El Servicio de Reclamaciones concluye que de las alegaciones vertidas por las partes y de la documentación aportada por las mismas, se desprende que la entidad ha quebrantado las normas de transparencia y protección de la clientela, no ajustándose su actuación a las buenas prácticas y usos financieros y ha vulnerado lo dispuesto en la normativa reguladora de la actividad de las entidades gestoras y depositarias de planes y fondos de pensiones.

**13.2.** En un segundo supuesto de posible error, el reclamante era titular de una cuenta corriente de la entidad de crédito a la que está vinculada la entidad gestora. Solicita en una de sus sucursales el reintegro de una cantidad de dinero de su cuenta corriente, siendo denegada su solicitud, informándole que su dinero se encontraba depositado en un plan de pensiones. En ningún momento el reclamante dice haber contratado un plan de pensiones. Tras diversas reclamaciones, el reclamante recibió los fondos que habían sido transferidos desde su cuenta corriente a un plan de pensiones, pero reclama los intereses que hubieran podido generar durante su permanencia en el citado plan de pensiones.

Presentó previamente reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de la entidad, la cual no fue atendida. Posteriormente el Servicio de Reclamaciones trasladó la reclamación a la entidad gestora, la cual no presentó alegaciones a la reclamación de su cliente.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad gestora no respetó las normas reguladoras de la actividad de planes y fondos de pensiones y de protección de la clientela, ni las buenas prácticas y usos financieros, al haber procedido a adherir al reclamante a un plan de pensiones sin el necesario consentimiento que dicha adhesión requiere.

La actuación de la entidad reclamada fue conocida por su departamento de atención al cliente, sin que por éste se atendiese la reclamación, no dando respuesta a la solicitud de intereses realizada por el reclamante. Del mismo modo, la entidad gestora no atendió la solicitud de alegaciones realizada por el Servicio de Reclamaciones.

**TIPO DE OPERACIÓN:**

Plan de pensiones

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Santander Pensiones, S. A. EGFP.

**ASUNTO:**

La reclamante alega que es beneficiaria del plan de pensiones en el que era partícipe su difunto esposo que falleció en noviembre del 2000. Desde el fallecimiento del partícipe ha solicitado reiteradamente el cobro de los derechos económicos.

**INFORME FINAL:**

La reclamante no ha presentado copia de la solicitud expresa del cobro de la prestación que le corresponde; sin embargo, sí consta en el expediente el acuse de recibido de la reclamación presentada ante el Defensor del Partícipe

### **14/2005. Retrasos injustificados en el abono de la prestación a los beneficiarios del plan de pensiones.**

La reclamante alega que es beneficiaria del plan de pensiones en el que era partícipe su difunto esposo que falleció en noviembre de 2000. Igualmente indica que desde el fallecimiento del partícipe ha solicitado reiteradamente el cobro de los derechos económicos a través de una sucursal de la entidad de crédito vinculada a la entidad gestora, sin obtenerlo.

La entidad gestora fue requerida en marzo de 2005 para que presentase alegaciones, no cumpliendo su obligación de contestación hasta diciembre del mismo año después de varios requerimientos remitidos por diversos medios; alega que no les consta que la reclamante haya solicitado la prestación del Plan de Pensiones, ni aportado la documentación preceptiva según las especificaciones del mismo. Sin embargo, la reclamante aporta escrito dirigido al Defensor del Partícipe en el que se reclama por la falta de abono de la prestación correspondiente.

En el informe del Servicio de Reclamaciones se indica que si bien la reclamante no ha presentado copia de la solicitud expresa del cobro de la prestación que le corresponde, sí consta documentado en el expediente el acuse de recibo de la reclamación presentada ante el Defensor del Partícipe solicitándola en mayo de 2004, que no fue atendida por el defensor.

### 3. MEDIACIÓN

**TIPO DE OPERACIÓN:**  
Seguro

**ENTIDAD RECLAMADA:**  
Intercover, Correduría de Seguros, S. L.

**ASUNTO:**  
Se ofrece un seguro con coberturas distintas a las solicitadas.

**INFORME FINAL:**  
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que no se deduce que el retraso denunciado por el reclamante en la gestión realizada por la sociedad de correduría haya sido contrario a las buenas prácticas mercantiles, toda vez que el riesgo cuya cobertura es solicitada por el tomador no fue posible colocarlo en el mercado nacional y fue necesario acudir al mercado extranjero para su cobertura, lo que implica mayores plazos para su gestión.

#### **15/2005. Problemas en la contratación de la póliza, diferencias entre el riesgo cuya cobertura se solicita y el riesgo cubierto.**

Los directivos de un club deportivo solicitaron a la correduría la búsqueda de un seguro que cubriera el riesgo de que el club debiera pagar a sus jugadores un incentivo económico prometido para el caso de que el equipo quedase clasificado entre los cuatro primeros de la primera fase para disputar el ascenso a la división superior. En el mercado asegurador nacional no se consigue colocar el riesgo, por lo que se acude al mercado británico; sin embargo, al recibir la proposición de seguro el club deportivo advierte que la definición del riesgo es errónea y distinta a la solicitada, pues aseguraban que quedase entre los dos primeros en lugar de entre los cuatro primeros. Comunicado por fax el error, la sociedad de correduría responde por la misma vía que se había solucionado el error y adaptado a la solicitud del cliente. Sin embargo, unos días después, la sociedad de correduría rectifica y remite fax al club en el que le informan que los suscriptores no admiten la definición del riesgo propuesta. Finalmente cambian la redacción del riesgo asegurado, pero tampoco coincide con la solicitada. Entiende el reclamante que la sociedad de correduría no ha actuado con diligencia, ha dilatado el periodo de búsqueda de cobertura para el riesgo propuesto, y ha cobrado la prima cuando conocía que la cobertura propuesta por la aseguradora no era la solicitada.

La sociedad de correduría afirma que el club deportivo aportó pagarés para efectuar el pago de la prima, que no fueron aceptados por el asegurador, por lo que nunca llegó a asegurarse el riesgo; se alega que la emisión de pagarés a varios meses vista permitiría al club conocer de antemano el puesto en el que quedase clasificado el equipo. Adjunta diversos faxes en los que reclama el pago de la prima e informan de la no aceptación de los pagarés.

El criterio del Servicio de Reclamaciones, conforme a la información suministrada por las partes y a la documentación incorporada al expediente, fue que no se desprende que el retraso denunciado por el reclamante en la gestión realizada por la sociedad de correduría haya sido contrario a las buenas prácticas mercantiles, toda vez que el riesgo cuya cobertura es solicitada por el tomador no fue posible colocarlo en el mercado nacional y fue necesario acudir al mercado británico para su cobertura, lo que implica mayores plazos para su gestión y una mayor dificultad en la negociación.

El reclamante manifiesta que se ha cobrado la prima de seguro, frente a la declaración de la sociedad de correduría, según la cual las primas eran pagaderas al contado, no aceptando los aseguradores pagarés a varios meses vista, por lo que el aseguramiento no llegó a producirse nunca. Sobre este aspecto, el criterio fue que en el supuesto, no aclarado, de que la sociedad de correduría hubiese hecho efectivos los pagarés emitidos a su nombre, no habiéndose contratado el seguro, debería devolver su cuantía al reclamante.



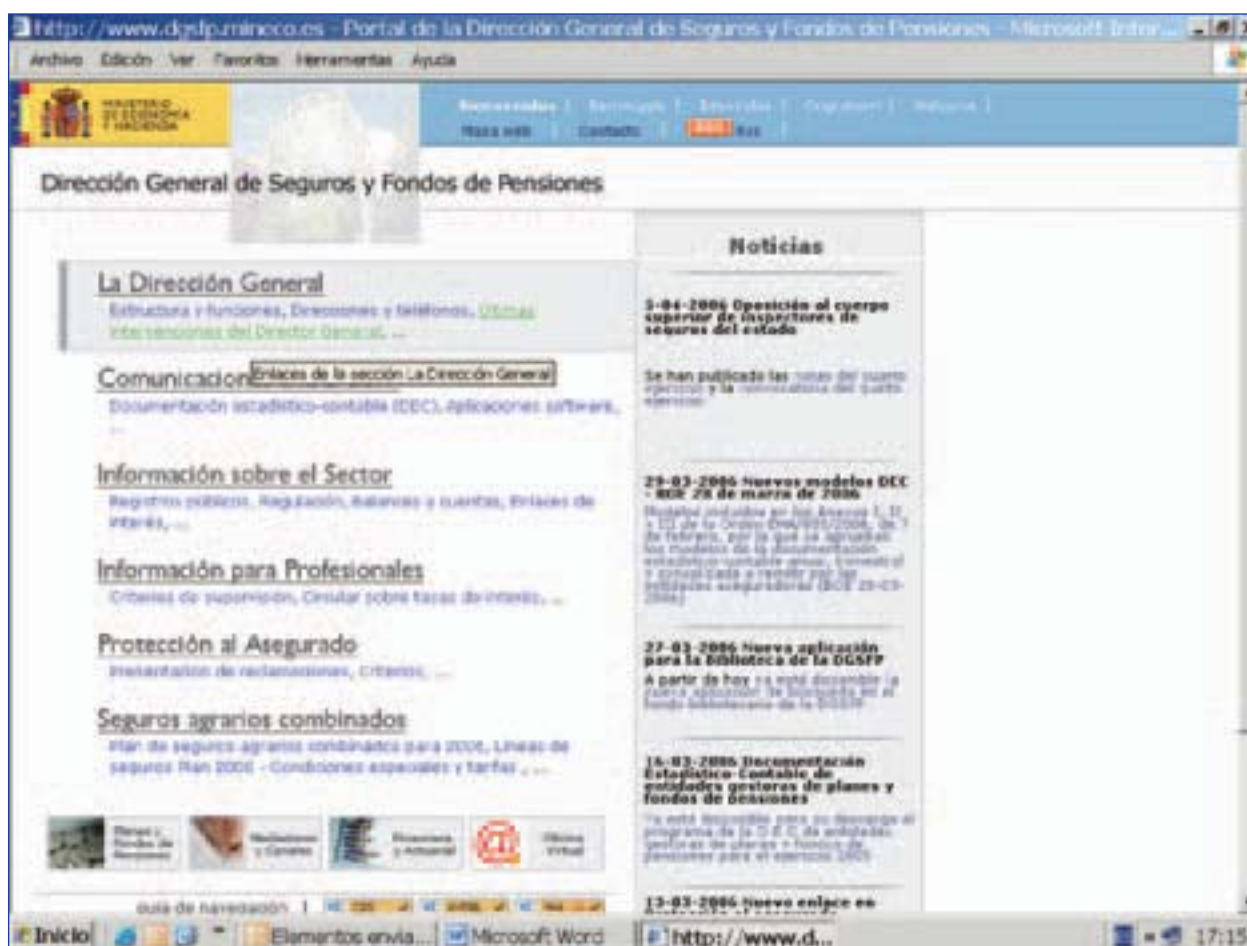
**CAPÍTULO V**  
**CRITERIOS DEL SERVICIO**  
**DE RECLAMACIONES**  
**Y PRÁCTICAS DE MERCADO**



## 1. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

Con la finalidad de reforzar la protección de los clientes de servicios financieros y dotar al sector de mayor transparencia e información en materia de seguros y planes de pensiones, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha publicado en su página web, un apartado dedicado a la protección del asegurado.

En este apartado se contiene la información que se considera de interés para los ciudadanos con la intención de facilitar el conocimiento de la normativa de seguros y de planes de pensiones.



En concreto, en este epígrafe se contienen los criterios utilizados por el Servicio de Reclamaciones, cuya publicación se inició en febrero de 2005.

Entre los documentos publicados cabe distinguir aquellos en los que se proporciona información sobre el procedimiento de tramitación de consultas, quejas y reclamaciones ante este Servicio y los que se refieren propiamente a los criterios utilizados en la emisión de sus informes.

Los primeros suministran información sobre las competencias del Servicio, personas legitimadas para presentar una consulta, queja o reclamación, requisitos y un resumen de las distintas fases del procedimiento de tramitación de reclamaciones.

Los segundos se refieren a los criterios sobre la interpretación de la normativa sobre transparencia y protección de la clientela utilizados en el Servicio de Reclamaciones en la emisión de sus informes, los cuales no tienen carácter vinculante ni la consideración de acto administrativo y, en consecuencia, contra ellos no cabe recurso alguno. La publicación de estos criterios se ha clasificado, distinguiendo entre los criterios generales aplicables a todos los seguros y criterios de ramos concretos aplicables a determinados seguros.

Por último, cabe destacar que a finales de año se publicaron los criterios referentes a la materia de planes de pensiones.

Asimismo, junto a los criterios del Servicio de Reclamaciones, en este apartado de la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se han publicado las entidades cuyo reglamento interno de funcionamiento se adecuaba a lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, con el objeto de facilitar la transparencia del mercado e informar del cumplimiento de la normativa por parte de las entidades que están sometidas a la supervisión del Ministerio de Economía y Hacienda.




Así, en diciembre de 2005 existían 79 entidades aseguradoras que todavía no habían remitido el reglamento del servicio de atención al cliente a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones; de estas, 23 eran sociedades anónimas, 31 sucursales en España, 14 mutualidades de previsión social y 11 mutuas de seguros.

Interesa conocer también que del total de entidades aseguradoras el 25,47% de ellas había nombrado un defensor del cliente.

Igualmente a partir de 2006 se suministra información detallada en la página web de las direcciones de los departamentos de atención al cliente y, en su caso, de los defensores del cliente de las distintas entidades aseguradoras, a los efectos de que los interesados conozcan las instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras y de facilitar a los ciudadanos la presentación de las posibles reclamaciones.

contacto

[Inicio](#)  
Protección al Asegurado

guía de navegación |   

**Protección al Asegurado - Servicio de Reclamaciones**  
Criterios del Servicio de Reclamaciones

Se informa que los criterios expuestos a continuación se utilizan por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la resolución de sus informes sin que tengan carácter vinculante ni la consideración de actos administrativos, y en consecuencia, contra ellos no cabe recurso alguno.

- [Cuestiones generales sobre el contrato de seguro](#)
- [Seguro obligatorio de automóviles](#)
- [Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria](#)
- [Seguro de decesos](#)
- [Seguro de defensa jurídica](#)
- [Seguros obligatorios diversos](#)

Procedimiento para la presentación de quejas y reclamaciones

- [PG1 - Competencias del Servicio de Reclamaciones](#)
- [PG2 - ¿Quién puede presentar consultas o reclamaciones?](#)
- [PG3 - ¿Cómo plantear una queja o reclamación?](#)
- [PG4 - ¿Cómo plantear una reclamación ante una entidad aseguradora que opera en España en régimen de libre prestación de servicios?](#)
- [PG5 - Tramitación de quejas y reclamaciones](#)

Entidades que se ajustan a la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo




- [Entidades que se ajustan a 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.](#)
- [Entidades verificadas por otros órganos de supervisión](#)
- [Sociedades de correduría de seguros que se ajustan a la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.](#)
- [Sociedades de correduría de seguros verificadas por otros órganos de supervisión.](#)

Departamentos de atención al cliente y defensores del cliente de las entidades aseguradoras

- [Atención al cliente y defensores del cliente de las entidades aseguradoras](#)

Informe sectorial

- [Memoria de reclamaciones 2004](#)

guía de navegación |   

## 2. PRÁCTICAS INADECUADAS EN LA COMERCIALIZACIÓN DE SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES

El objetivo final del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es dar cumplimiento al mandato legal de proteger la libertad de los ciudadanos en la contratación de seguros y planes de pensiones, así como velar por el mantenimiento del equilibrio contractual de los contratos ya celebrados.

Para alcanzar este objetivo, el Servicio de Reclamaciones, además de aplicar la normativa sobre transparencia y protección de la clientela contenida en disposiciones vigentes, vela por la aplicación de las buenas prácticas y usos financieros que considera que deben regir la contratación de seguros y planes de pensiones, que sin venir impuestas por la normativa contractual o de supervisión, son las razonablemente exigibles para la gestión responsable, diligente y respetuosa con la clientela.

En este contexto, se publica a continuación un catálogo de actuaciones detectadas en el ámbito asegurador y de planes de pensiones, extraídos de expedientes concretos tramitados por el Servicio de Reclamaciones, y que han sido calificadas como prácticas inadecuadas.

Las prácticas relacionadas a continuación se circunscriben a casos concretos planteados en expedientes de reclamaciones, sin que puedan considerarse actuaciones generalizadas, careciendo de valor representativo en términos estadísticos como prácticas habituales en el mercado.

### 2.1. Seguros

#### 1. SEGUROS DE VIDA

##### 1.1. Contratos de seguros ligados a préstamos hipotecarios.

- Exigencia de prima única en la contratación de seguros de vida de hasta 10 años de duración, ligados a préstamos hipotecarios.
- Concesión de un préstamo hipotecario por la entidad bancaria y contratación de un seguro de vida sin consentimiento del asegurado.

##### 1.2. Seguros colectivos.

- *Seguros individuales comercializados a través de entidades de crédito como seguros colectivos.*

En estos seguros aparece como tomador la entidad de crédito, cuando a quien corresponden todos los derechos y obligaciones derivados del contrato es al asegurado, que es quien paga la prima.

##### 1.3. Otras prácticas.

- Rescate de seguros de jubilación para su renovación en condiciones menos favorables para el asegurado.
- Seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

Se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si es un producto bancario, de inversión, un seguro o un plan de pensiones. Sobre todo ocurre en productos como los *unit link* donde se mezclan características aseguradoras y de inversión. Además se detecta una deficiente información en la comercialización de seguros de vida en los que el tomador asume el riesgo de la inversión, acerca de la variabilidad del valor de los activos en que se invierte el producto.

- Seguros con coberturas inadecuadas.

Contratación de seguros de vida para caso de muerte en el que el asegurado y el beneficiario son la misma persona.

- Tipo de interés y gastos internos.

En los seguros de vida comercializados no queda claro el tipo de interés aplicable a la operación.

A veces se diferencia en la póliza entre “tipo de interés técnico” y “rentabilidad”, conceptos que el cliente normalmente no distingue.

Se aprecia la aplicación a las primas de unos gastos internos de gestión que no aparecen reflejados en las pólizas y por tanto el asegurado los desconoce.

- Participación en beneficios.

Suele faltar el envío anual de esta información, a pesar de tener carácter obligatorio y en caso de envío, no se informa sobre el método para su cálculo.

### II. SEGURO DEL AUTOMÓVIL.

- Condicionamientos a la contratación de otros seguros.

Exigencia de la contratación de un seguro de vida con la misma entidad como condición para la contratación del seguro de automóviles, en el caso de menores de 25 años o de grupos profesionales.

- 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. En estos supuestos, la entidad le aplica las limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios, cuando su asegurado debe ser indemnizado como un tercero.

### III. SEGURO DE HOGAR.

- Discrepancias en la valoración del siniestro, que afectan al perjudicado.

En los supuestos en que la discrepancia se centra en determinar si el origen del siniestro está en un elemento privativo o comunitario, las aseguradoras afectadas niegan la cobertura, sobre la base de los informes emitidos por sus respectivos peritos. La controversia no se produce entre el asegurado y el asegurador, sino entre dos aseguradoras, la de la comunidad y la de la vivienda privada.

#### IV. SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA Y DECESOS.

- Dificultades de los asegurados de mayor edad.

Elevación desproporcionada de la prima, en términos relativos, cuando el asegurado alcanza determinada edad.

- No renovación del seguro a asegurados con determinadas enfermedades.

Especialmente, no renovación del seguro cuando al asegurado se le diagnostican enfermedades crónicas.

#### V. CONTRATOS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

- En los seguros de asistencia en viaje, aparece como tomador el operador mayorista que organiza el viaje, en vez del asegurado, que es quien paga la prima. El cliente sólo recibe un resumen de las condiciones generales desconociendo el contenido completo del contrato.

#### VI. SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD.

- *Interpretación muy restrictiva del condicionado en el caso de determinadas situaciones.*

Es el caso del condicionado que 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 denunciados 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.

#### VII. SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

- *Retrasos en el pago del importe mínimo fijado por la Ley de Contrato de Seguro.*

- *Dilaciones injustificadas en los peritajes para la determinación de las causas del siniestro, en casos en los que si no se realiza un peritaje inmediato, el asegurado puede verse seriamente perjudicado.*

- *Utilización del procedimiento pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro como medio disuasorio para reclamaciones de los asegurados, ya que en ocasiones el importe de los daños es inferior al coste que le supondría la contratación de los servicios de un perito.*

- *No cobertura de los desperfectos ocasionados en el objeto asegurado por el propio perito, cuando posteriormente determinan que el siniestro no está cubierto.*

VIII. *EN RELACIÓN CON LOS MECANISMOS DE PROTECCIÓN E INFORMACIÓN A LA CLIENTELA.*

- Falta de información por parte de las entidades aseguradoras a sus clientes sobre los distintos mecanismos de protección existentes en la entidad.
- Servicio de atención telefónica de una entidad aseguradora perteneciente a un grupo bancario, que exige un número de cuenta corriente con la entidad bancaria, para facilitar información a su cliente.
- Servicios de atención al cliente que informan a los terceros perjudicados que no están legitimados para hacer una reclamación directamente frente a la entidad aseguradora del culpable del daño, puesto que no son clientes de la entidad.

## **2.2. Planes de pensiones**

- Proponer la contratación de planes de pensiones a personas no idóneas.

Diversas reclamaciones ponen de manifiesto cómo algunos comerciales de entidades aconsejan la contratación de planes de pensiones en unas ocasiones a personas mayores de 65 años y, en otras, a personas que por sus circunstancias personales no van a poder recibir la prestación principal del plan de pensiones.

- Cambios en la política de inversión de los planes de pensiones sin conocimiento previo del partícipe.

Son los supuestos en que la entidad gestora decide modificar la política de inversión de los fondos adscritos a un plan de pensiones desde una distribución de perfil conservador (90% renta fija y 10% Variable) a una posición de alto riesgo, invirtiendo la proporción entre renta fija y renta variable, sin conocimiento de los partícipes.

- Retrasos en la movilización de los derechos consolidados y en el cobro de las prestaciones por los beneficiarios.

Las entidades que deben proceder a la transferencia de los derechos consolidados a la nueva entidad gestora elegida por el partícipe, retrasan la movilización, superando los plazos máximos marcados por el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones. Igualmente se denuncia 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.

- Deficiente información para los partícipes de planes de pensiones en el momento de la contratación, durante la vida del plan y en la cancelación del mismo.

Son los casos en los que los partícipes reciben una información parcial e incompleta del producto que contratan, desconociendo habitualmente el contenido de las especificaciones del plan de pensiones, así como la indisponibilidad de las aportaciones realizadas al plan de pensiones tras la jubilación. Es habitual que el único documento que dicen se les ha entregado es una copia de su solicitud de adhesión al plan de pensiones.

En otras ocasiones denuncian pérdida de valor de los derechos consolidados, alegando que nunca fueron informados de la posibilidad de rentabilidades negativas.

En varias ocasiones el reclamante, en el momento de decidir el cobro de la prestación, opta por una renta pensando que era cierta durante un plazo determinado o incluso vitalicia, desconociendo que los derechos consolidados siguen invertidos y sometidos a fluctuaciones en función de la cotización de los valores mobiliarios, que pueden provocar una disminución en los períodos de cobro.

- Errores administrativos y de gestión de las entidades gestora, depositaria o comercializadora, que provocan perjuicios al partícipe.

Por errores en la gestión de comunicaciones del partícipe a las entidades, no son atendidas las órdenes de disminuir aportaciones periódicas, provocando descubierto en cuenta corriente que motiva la demanda de intereses por descubierto en cuenta al cliente-partícipe.

También se detectan traspasos a otro plan de pensiones por error, de parte de los derechos consolidados.

Apertura por la entidad del plan contratado en diciembre, con fecha de enero, lo que provoca que el partícipe deduce su aportación en el impuesto sobre la renta de las personas físicas provocando la consiguiente rectificación y sanción por la administración tributaria.

La entidad realiza una aportación extraordinaria desde la cuenta corriente del cliente al plan de pensiones sin su conocimiento.

# **CAPÍTULO VI**

## **NOVEDADES NORMATIVAS**



Casi finalizando el año, en el mes de noviembre, se publicó la Ley 20/2005, sobre creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento. Con esta Ley se pretende satisfacer una demanda social que venía revelándose hace tiempo con las peticiones de muchos usuarios de seguros y de entidades que intervienen en dicho sector.

En muchas ocasiones los beneficiarios de los seguros con cobertura de fallecimiento desconocen los detalles de los contratos suscritos por personas fallecidas de su entorno familiar o social. Para evitar situaciones como la descrita, se venía solicitando la creación de un fichero o registro que permitiera recoger los seguros con cobertura de fallecimiento, de tal forma que en caso de producirse el fallecimiento, sus beneficiarios pudieran obtener información y ejercer sus derechos.

La creación de un registro como el mencionado no era tarea fácil teniendo en cuenta la existencia de intereses, que pueden ser considerados contrapuestos y que afectan a distintos ámbitos y personas. Así el derecho que un posible beneficiario puede tener a conocer y ser informado de aquellos seguros, se contrapone, con el derecho a la intimidad de los tomadores de esos seguros, en el marco de la normativa sobre la protección de datos de carácter personal.

Para conjugar ambos derechos, el registro permite solicitar información a cualquier persona que pueda tener interés y, en su caso, pueda ser potencial beneficiario de algún seguro con cobertura de fallecimiento. A su vez la información facilitada será sobre la existencia o no del seguro y la entidad aseguradora. No se facilitan datos sobre el beneficiario.

El ámbito de aplicación de la Ley es el de seguros de vida con cobertura de fallecimiento y el de los seguros de accidentes en los que se cubre la contingencia de muerte del asegurado. En relación a estos seguros, son motivo de exclusión aquellos que son objeto de regulación especial, como los que instrumentan compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios. Dichos seguros son regulados ampliamente en el Real Decreto 1588/1999. Asimismo, se excluyen los suscritos con ciertas mutualidades como instrumento de previsión empresarial y en los casos en que el tomador y beneficiario coinciden.

El objeto del fichero se determina en el artículo 2 de la Ley al disponer que la finalidad es suministrar información a los interesados para que puedan conocer, con la mayor brevedad posible, si la persona fallecida tenía contratado un seguro para caso de fallecimiento, así como la entidad aseguradora con la que lo hubiese suscrito.

La gestión y responsabilidad del registro corresponde a la Dirección General de los Registros y del Notariado del Ministerio de Justicia. El volumen de seguros objeto de inscripción, la remisión de datos periódicamente por parte de las entidades y el derecho a su acceso a cualquier persona interesada, exigen una gestión ágil y rápida que permita a cualquier ciudadano que solicite información, obtenerla en el plazo más breve posible.

En cuanto al contenido del Registro se especifica en la Ley que contendrá exclusivamente datos identificativos de la persona asegurada (nombre y apellidos, número de DNI); datos identificativos

de la entidad aseguradora (denominación social, domicilio, y clave administrativa de autorización) y finalmente del contrato de seguro suscrito.

La Ley regula el régimen de infracciones en caso de incumplimiento por parte de las entidades considerando una infracción de carácter administrativa, de acuerdo con lo dispuesto en el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.

Finalmente y para un efectivo control sobre el registro, el órgano encargado de su gestión, el Registro General de Actos de Última Voluntad de la Dirección General de los Registros y del Notariado, remitirá al órgano supervisor en materia de seguros, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, una relación de entidades que hayan suministrado la información, así como cualquier incidencia significativa que crea conveniente. En base a lo anterior la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá formular requerimientos, auditorias internas u otras medidas correctoras con la finalidad de verificar y garantizar la veracidad de la información contenida en el Registro.

## **CAPÍTULO VII**

### **ANEXO.**

#### **LEGISLACIÓN APLICABLE EN MATERIA DE PROTECCION AL ASEGURADO Y AL PARTICIPE 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).*
- *Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.*
- *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.*
- *Ley 26/1984, de 29 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios.*

## **B) Seguros, en general.**

- *Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.*
- *Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.*
- *Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.*

## **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 7/2001, de 12 de enero, por el que se aprueba el Reglamento sobre la responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.*

## **D) Mediación en seguros.**

- *Ley 9/1992, de 30 de abril, de mediación de seguros privados.*

## **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 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.*