

SEGUROS
Y FONDOS
DE PENSIONES

INFORME ANUAL DEL
SERVICIO DE
RECLAMACIONES
2007



e-publicaciones

SEGUROS Y
FONDOS DE PENSIONES
Informe anual del Servicio
de Reclamaciones
2007



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS Y FONDOS DE
PENSIONES

Créditos

SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

INFORME ANUAL DEL
SERVICIO DE
RECLAMACIONES
2007



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE ECONOMÍA

DIRECCIÓN GENERAL
DE SEGUROS Y FONDOS
DE PENSIONES

ÍNDICE

	Página
PRESENTACIÓN	7
CAPÍTULO I. ORGANIGRAMA Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES ..	11
CAPÍTULO II. INFORME ESTADÍSTICO 2007	15
1. Cifras generales	18
2. Seguros	26
3. Planes de Pensiones	42
3.1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales	43
3.1.1. Expedientes iniciados durante el año	43
3.1.2. Motivos de reclamación	44
3.1.3. Entidades reclamadas	47
3.2. Reclamaciones sobre planes de empleo y consultas de planes de pensiones en general ..	48
4. Mediación	49
4.1. Expedientes iniciados durante el año	49
4.2. Motivos de reclamación	50
5. Comercialización por entidades de crédito	51
6. Unidad de Atención al Público	53
CAPÍTULO III. EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS	57
1. Seguros	62
2. Planes de pensiones	78
3. Mediación	80
4. Comercialización por entidades de crédito	82
CAPÍTULO IV. INFORMACION PÚBLICA	87

CAPÍTULO V. PRÁCTICAS DE MERCADO	93
1. Seguros	95
2. Planes de pensiones	100
CAPÍTULO VI. REGISTRO DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO	103
ANEXO. LEGISLACIÓN APLICABLE EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO Y AL PARTÍCIPE EN PLANES DE PENSIONES	109

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 2007 clasificados territorialmente
- IV. Análisis de expedientes resueltos en 2007

Seguros

- V. Evolución mensual de expedientes iniciados en 2007
- VI. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2007 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos
- VII. Reclamaciones de seguros resueltas en 2007 atendiendo a la materia objeto de reclamación
- VIII. Consultas resueltas durante 2007 atendiendo a la materia objeto de la consulta
- IX. Quejas resueltas durante 2007 atendiendo a la materia objeto de la queja
- X. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2007 según la forma jurídica de la entidad reclamada
- XI.1. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2007
- XI.2. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2007 en relación con el volumen de primas
- XII. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2007 y análisis de la forma de terminación

Planes de Pensiones

- XIII. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas en 2007
- XIV. Reclamaciones resueltas durante 2007 clasificadas por asuntos
- XV. Gestoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2007
- XVI. Expedientes iniciados por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones en 2007

Mediación

- XVII. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas en 2007
- XVIII. Reclamaciones de mediación resueltas durante 2007 clasificadas por asuntos
- XIX. Corredores y Corredurías de seguros con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2007

Comercialización por entidades de crédito

- XX. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas en 2007
- XXI. Reclamaciones de comercialización resueltas durante 2007 clasificadas por asuntos
- XXII. Entidades de crédito con mayor número de reclamaciones de comercialización iniciadas en 2007

Unidad de Atención al Público

- XXIII. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público durante el año 2007
- XXIV. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público clasificadas por ramos

Expedientes de especial interés

- XXV. Relación de expedientes de especial interés 2004-2007

PRESENTACIÓN

La función primordial del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es la protección de los derechos de los ciudadanos en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones.

Para llevar a cabo este objetivo, el Servicio de Reclamaciones, además de la función de resolver todas aquellas consultas, quejas y reclamaciones que presenten los ciudadanos en el ámbito de los contratos de seguro y de los planes y fondos de pensiones, realiza una importante labor divulgativa para acercar a los ciudadanos al conocimiento del sector y a los derechos que les asisten en estas materias.

El presente informe muestra la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007, encaminada a la consecución de sus objetivos.

Como en años anteriores, el informe se inicia con una presentación del organigrama del Servicio de Reclamaciones y una breve descripción de su funcionamiento.

En el capítulo dedicado a la información estadística se detalla en cifras la actividad realizada por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007, distinguiendo entre expedientes en materia de seguros, planes de pensiones, mediación y comercialización de seguros y planes de pensiones por entidades de crédito.

Del análisis general de este apartado, cabe destacar especialmente las siguientes cifras:

- el incremento de un 13,73%, respecto al año anterior, en el número de reclamaciones iniciadas durante el año 2007;
- la cifra de expedientes resueltos en el año, en total 5.353;
- el incremento del número de reclamaciones referidas al ramo de vida, superando por primera vez a las iniciadas en el seguro de automóviles; y
- el aumento del número de reclamaciones iniciadas en el año 2007 en materia de comercialización de seguros y planes de pensiones por las entidades de crédito, motivadas en su mayor parte por la falta de información suficiente, especialmente en los seguros de vida.

Asimismo, como en años anteriores, en este informe se recoge un capítulo dedicado a expedientes de especial interés, donde se reproduce una selección de supuestos resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007, que por diversos motivos se ha considerado conveniente destacar.

El capítulo dedicado a la información que desde la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se ofrece al público en general, presenta importantes novedades. Por un lado, se amplía la información dedicada a los mecanismos para hacer valer los derechos de los ciudadanos frente a actuaciones de todos los agentes que intervienen en el ámbito financiero, estableciendo un contenido más didáctico que facilite la presentación de consultas, quejas y reclamaciones. Con este objetivo se ha publicado un folleto informativo sobre el procedimiento de reclamación ante cualquiera de los organismos supervisores de servicios financieros y un formulario con una guía práctica de ayuda para facilitar la presentación de consultas, quejas y reclamaciones.

Además, en este capítulo se hace referencia a todos los trabajos realizados para desarrollar la implantación de la vía telemática, como medio de presentación de reclamaciones ante la Administración. Así, con la publicación de la Orden EHA/639/2008, de 10 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda, en el momento de la publicación de este informe, estará en funcionamiento este mecanismo como medio para la presentación y tramitación de consultas, quejas y reclamaciones. La implantación de este medio tiene una gran importancia ya que supone un nuevo canal de acceso a los procedimientos ante la Administración y agiliza los trámites de comunicación con las entidades y los ciudadanos, lo que permite la reducción del plazo de resolución de los expedientes y con ello una mejora de la protección de los derechos de los ciudadanos.

El informe, como en años anteriores, dedica también un capítulo a las prácticas de mercado, donde se recoge una relación actualizada de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones que no se ajustan a la normativa y a las buenas prácticas y usos financieros que han de regir en la contratación de seguros y planes de pensiones. Respecto a estas prácticas, conviene señalar la creciente importancia que en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha adquirido su control, procediéndose a la adopción de una serie de medidas tendentes a reforzarlo, como la creación en el año 2006, de una Unidad especializada en el análisis y alcance de estas prácticas y la orientación de la actuación inspectora a la supervisión no sólo de aspectos relacionados con la solvencia sino también de prácticas de mercado.

El último capítulo del Informe se dedica al Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento, donde se destaca la importancia social que ha supuesto su puesta en marcha durante el año 2007 y se facilita información sobre su funcionamiento.

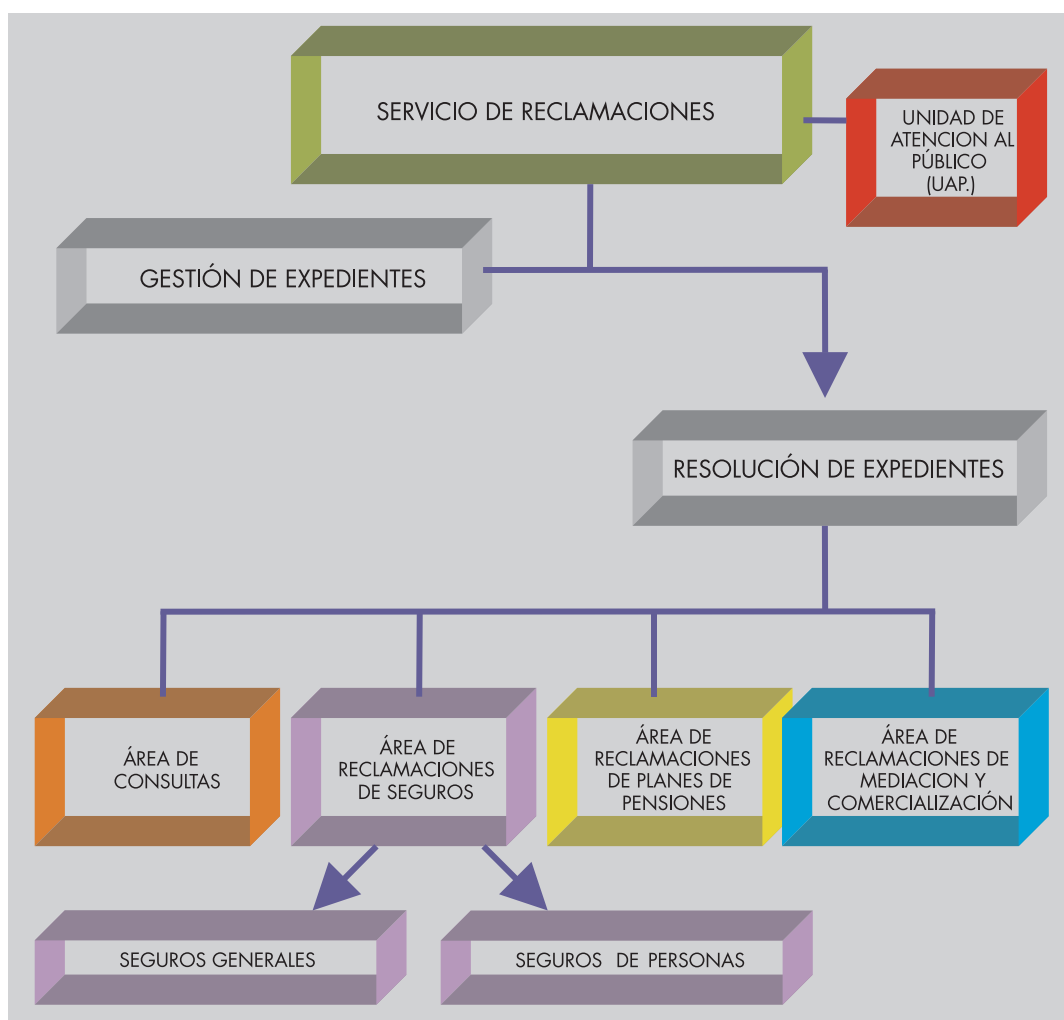
Para finalizar, el Servicio de Reclamaciones quiere destacar la importancia que tiene facilitar a los clientes de servicios financieros un nivel adecuado de información en el momento de la contratación, así como la prestación de un asesoramiento ajustado a las necesidades y perfil del cliente, ya que especialmente en el año 2007, se ha puesto de manifiesto que la mayoría de las reclamaciones presentadas se originaron por estos motivos, por lo que debe requerirse a todos los agentes que actúan en el sector asegurador y de los planes y fondos de pensiones a que adopten todas aquellas medidas tendentes a reforzar la seguridad de que la información suministrada en el momento de la contratación sea veraz, clara y suficiente, especialmente en los aspectos más gravosos para los clientes de los productos contratados.

RICARDO LOZANO ARAGÜÉS
*Director General de Seguros
y Fondos de Pensiones*

CAPÍTULO I
ORGANIGRAMA
Y FUNCIONAMIENTO
DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tiene 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.

Para llevar a cabo estas funciones el Servicio de Reclamaciones está dividido en dos Unidades: una de **Gestión** de expedientes y otra de **Resolución**, ésta a su vez está dividida en cuatro áreas, en función de la materia de que se trate.



La **Unidad de Gestión de Expedientes** realiza toda la actividad relacionada con la instrucción y tramitación de los escritos presentados.

En concreto, tiene por finalidad verificar si el Servicio de Reclamaciones es competente, por razón de la materia para conocer de los escritos presentados por los ciudadanos y si aquéllos cumplen todos

los requisitos establecidos por la normativa sobre transparencia y protección de la clientela para ser tramitados como consulta, queja o reclamación. Así, en los casos en que no cumplen estos requisitos, informa a los interesados de esta circunstancia, señalándoles la causa de no admisión y, en su caso, les requiere para que en el plazo de diez días hábiles, procedan a su subsanación, comunicándoles que se procederá al archivo del expediente, en el supuesto de que no se aporte la documentación requerida.

Por el contrario, si el escrito cumple todos los requisitos formales, se procede a la apertura del procedimiento de consulta, queja o reclamación.

Además, en los procedimientos de **queja o reclamación** esta Unidad realiza todas las funciones de tramitación, iniciando el procedimiento con la comunicación de la apertura del expediente al interesado y simultáneamente con la remisión de copia de la reclamación a la entidad reclamada, requiriéndole para que en el plazo de quince días hábiles formule las alegaciones que tenga por conveniente. Posteriormente, una vez recibidas las alegaciones, se remite copia de las mismas al interesado para que en el plazo de 15 días hábiles, pueda manifestar su disconformidad o, en su caso, alegar y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes. Transcurrido dicho plazo, el expediente contiene toda la documentación e información para su resolución, por lo que se da traslado del mismo a la Unidad de Resolución de Expedientes.

Una vez que los expedientes son recibidos en la **Unidad de Resolución de Expedientes**, ésta los distribuye a las distintas áreas, en las cuales se procede al estudio de la cuestión planteada para la emisión del informe final.

La Unidad está dividida en cuatro áreas, atendiendo a la materia que se trate: 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 las cuestiones formuladas 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.

Para dotar al Servicio de una mayor especialización y homogeneidad en la emisión de sus informes el área de seguros, que tiene el mayor volumen de actividad del Servicio, se halla a su vez dividida en dos: área de seguros generales y área de seguros personales.

Por último, el organigrama del Servicio se completa con la Unidad de Atención al Público (U.A.P.), que es la encargada de la atención personal y telefónica de los ciudadanos que diariamente se dirigen a la DGSFP para plantear cualquier consulta o duda sobre seguros o planes de pensiones.

La U.A.P 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 esta Unidad.

CAPÍTULO II
INFORME ESTADÍSTICO 2007

En este capítulo se recoge la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, durante el año 2007.

En el mes de julio de 2007, el Servicio de Reclamaciones publicó un avance de las cifras de los expedientes iniciados correspondientes al primer semestre del año clasificados por tipos, por lo que con este Informe se detalla y completa la información de la totalidad del año.

Como en años anteriores este capítulo se divide en seis apartados:

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

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

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

La cuarta parte, cuadros XVII a XIX, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas contra los corredores y corredurías de seguros.

La quinta parte, cuadros XX a XXII, contiene las cifras de 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 XXIII y XXIV; en ella se hace referencia a las cifras de la actividad de la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.

Conviene señalar, que al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren bien a expedientes iniciados o bien a expedientes resueltos. Los **expedientes iniciados** ofrecen los datos relativos a expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007, independientemente de que al finalizar el año, su tramitación haya concluido o no. Las cifras correspondientes a **expedientes resueltos**, se refieren a expedientes cuya tramitación finalizó en el año 2007, independientemente de que se iniciaran en el año 2007 o en el año anterior.

1. CIFRAS GENERALES

CUADRO I.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS.

PERÍODO	2005	2006	2007
Enero	327	368	526
Febrero	379	410	553
Marzo	478	409	468
Abril	462	415	408
Mayo	421	488	421
Junio	565	463	423
Julio	371	412	432
Agosto	382	448	253
Septiembre	354	359	467
Octubre	373	388	749
Noviembre	388	385	437
Diciembre	323	284	355
TOTALES	4.823	4.829	5.492

El cuadro I 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 2007 y los dos anteriores.

El número de expedientes iniciados en el último año supone un incremento muy marcado, concretamente la cifra se ha elevado en 663 expedientes respecto al ejercicio anterior, lo que supone un incremento del 13,73%.

La media de expedientes presentados por mes es aproximadamente 458. Con carácter general no se observan grandes diferencias numéricas entre los meses, salvo en agosto y octubre, con 253 y 749 expedientes respectivamente.

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	285	12	3	19	10	7	190	526
Febrero	289	4	2	16	8	4	230	553
Marzo	292	8	3	18	7	6	134	468
Abril	211	3	2	13	14	1	164	408
Mayo	215	9	1	9	17	1	169	421
Junio	232	6	3	11	21	4	146	423
Julio	239	9	3	8	18	0	155	432
Agosto	108	1	0	5	24	1	114	253
Septiembre	283	5	1	20	14	0	144	467
Octubre	428	9	3	22	17	2	268	749
Noviembre	220	5	6	17	31	1	157	437
Diciembre	211	7	1	8	14	1	113	355
TOTAL 2007	3.013	78	28	166	195	28	1.984	5.492
TOTAL 2006	2.702	108	16	58	142	46	1.757	4.829

El cuadro II informa sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el año 2007. Se puede realizar una primera clasificación de los expedientes iniciados distinguiendo entre los expedientes admitidos y no admitidos, estos últimos por no haber cumplido los requisitos previstos en la Ley. Los expedientes admitidos se pueden clasificar a su vez en consultas, quejas y reclamaciones. Las quejas y reclamaciones pueden versar sobre seguros, planes de pensiones, mediación y comercialización de seguros y planes de pensiones realizadas por las entidades de crédito.

En concreto en el año 2007 se han iniciado un total de 5.492 expedientes, de los cuales 3.508, es decir el 63,87%, han cumplido los requisitos previstos en la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros y por tanto han dado lugar a un procedimiento de consulta, queja o reclamación. Esta cifra se mantiene en los mismos porcentajes que en el año anterior.

En el presente ejercicio, del total de 3.508 expedientes admitidos iniciados, 3.285 son reclamaciones presentadas por los ciudadanos con la pretensión de obtener de una entidad aseguradora, de una 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 3.285 expedientes de reclamación, 3.013 corresponden a la materia de seguros, 78 a planes y fondos de pensiones, 28 a mediación y 166 a comercialización por entidades de crédito. Como en los ejercicios pasados más del 90% de las reclamaciones corresponde a seguros, este año concretamente un 91,72%.

Con respecto a los datos de 2006, se observa un incremento del 11,51% en el número de reclamaciones en materia de seguros. En planes de pensiones existe una disminución del 27,78%. En mediación se produce un incremento en el número de reclamaciones pasando de 16 en el año 2006 a 28 en el 2007, lo que supone un aumento del 75%; no obstante, en términos absolutos, esta cifra no es especialmente significativa. La mayor variación relativa en el número de reclamaciones se produce con

respecto a los expedientes de comercialización de seguros y planes de pensiones por entidades de crédito, que se incrementan en un 186,21%, pasando de 58 reclamaciones en 2006 a 166 en 2008. La mayor parte de estas reclamaciones se centra en seguros de vida comercializados por los operadores de banca seguros, en los que el tomador del seguro cree que ha contratado un producto meramente financiero y no es consciente de que ha suscrito un seguro.

Las consultas son 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, así como, sobre los cauces legales para su ejercicio. En el ejercicio 2007 se han presentado un total de 195 consultas frente a las 142 del ejercicio anterior, lo que implica un crecimiento del 37,32%.

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 reducido a 28, lo que supone un descenso del 39,13% con respecto al año anterior.

Los expedientes clasificados como no admitidos son escritos recibidos por el Servicio de Reclamaciones que no dan lugar a la apertura de un expediente de reclamación, queja o consulta por no cumplir los requisitos exigidos por la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros para su tramitación. En el presente ejercicio representan aproximadamente el 36% del total de escritos recibidos, al igual que en el ejercicio anterior. Uno de los objetivos de este Servicio es reducir esta cifra y para ello cuenta con diversos canales de información como son la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la publicación de un folleto informativo sobre el procedimiento de reclamación en el ámbito financiero y la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.

Se puede concluir que en el año 2007, se ha producido un crecimiento general en el número de expedientes iniciados por el Servicio de Reclamaciones, aunque, en términos porcentuales, las proporciones que representan los distintos tipos de expedientes respecto a la cifra global, no han experimentado variaciones significativas en relación con el ejercicio anterior.

CUADRO III.
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2007 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE.

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Almería	55	7,03
	Cádiz	119	15,22
	Córdoba	43	5,50
	Granada	94	12,02
	Huelva	43	5,50
	Jaén	49	6,27
	Málaga	160	20,46
	Sevilla	219	28,01
Andalucía		782	14,24
	Huesca	17	11,18
	Teruel	15	9,87
	Zaragoza	120	78,95
Aragón		152	2,77

(Continúa)

CUADRO III (Continuación)
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2007 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE.

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Asturias	107	100,00
Asturias		107	1,95
	Baleares	75	100,00
Baleares		75	1,37
	Palmas (Las)	88	37,29
	Santa Cruz de Tenerife	148	62,71
Canarias		236	4,30
	Cantabria	107	100,00
Cantabria		107	1,95
	Albacete	24	12,00
	Ciudad Real	75	37,50
	Cuenca	21	10,50
	Guadalajara	20	10,00
	Toledo	60	30,00
Castilla la Mancha		200	3,64
	Ávila	10	3,98
	Burgos	39	15,54
	León	67	26,69
	Palencia	17	6,77
	Salamanca	22	8,76
	Segovia	12	4,78
	Soria	4	1,59
	Valladolid	66	26,29
	Zamora	14	5,58
Castilla y León		251	4,57
	Barcelona	372	82,12
	Girona	23	5,08
	Lleida	14	3,09
	Tarragona	44	9,71
Cataluña		453	8,25
	Ceuta	7	100,00
Ceuta		7	0,13
	Alicante	185	33,76
	Castellón	36	6,57
	Valencia	327	59,67
Comunidad Valenciana		548	9,98

(Continúa)

CUADRO III (Final)
EXPEDIENTES INICIADOS EN 2007 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE.

TERRITORIO		NÚMERO	%
	Badajoz	37	50,68
	Cáceres	36	49,32
Extremadura		73	1,33
	A Coruña	99	41,08
	Lugo	23	9,54
	Ourense	15	6,22
	Pontevedra	104	43,15
Galicia		241	4,39
	Madrid	1.830	100,00
Madrid		1.830	33,32
	Melilla	7	100,00
Melilla		7	0,13
	Murcia	101	100,00
Murcia		101	1,84
	Navarra	28	100,00
Navarra		28	0,51
	Álava	30	11,95
	Guipúzcoa	53	21,12
	Vizcaya	168	66,93
País Vasco		251	4,57
	Rioja (La)	43	100,00
Rioja (La)		43	0,78
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		5.492	100,00

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, atendiendo al domicilio del interesado. En el año 2007 todos los expedientes han tenido origen en territorio español.

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

Como en años anteriores las comunidades autónomas con mayor número de expedientes son: Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña. Hay que destacar que las reclamaciones presentadas por personas que tienen su domicilio en la Comunidad de Madrid, representan el 33,32% del total de expedientes iniciados, lo que supone un volumen de más del doble de la segunda comunidad de la cual proceden más expedientes, Andalucía, con un porcentaje del 14,24%.

Resulta interesante destacar que en la Comunidad de Madrid se produce un número de reclamaciones alto si se compara con la población y no únicamente en el año 2007 sino también en años anteriores. Los escritos dirigidos al Servicio de Reclamaciones por personas residentes en la Comunidad de Madrid han presentado el 33,32% del total de reclamaciones, mientras que la población de la citada comunidad sólo representa el 13,44% del total de la población española, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

Por último, entre las provincias con mayor número de expedientes iniciados destacan, además de Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla.

CUADRO IV.
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2007

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
Reclamaciones		3.125	58,38
Informe favorable a la entidad	1.224		
Informe favorable al reclamante	1.009		
Informe remisión al trámite pericial	456		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	218		
Otras formas de terminación: Finiquito, desistimiento.	176		
Informe asuntos sub iudice	42		
Escritos no admitidos		1.984	37,06
No cumple requisitos para abrir expedientes	1.663		
Solicitud ampliación información	86		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	79		
Falta de firma u otros requisitos formales	67		
No competente por gran riesgo	34		
No competentes con traslado Banco España	28		
No competentes con traslado a otros órganos	17		
No legitimado	7		
No competentes con traslado CNMV	3		
TOTAL RECLAMACIONES		5.109	
CONSULTAS			
Resolución de Consultas		210	3,92
QUEJAS			
Resolución de quejas		34	0,64
EXPEDIENTES TERMINADOS		5.353	100,00

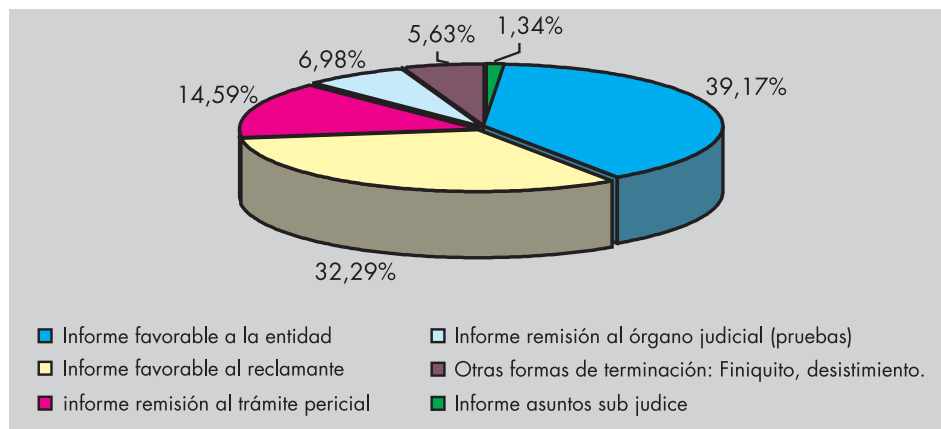
El cuadro IV ofrece información sobre la totalidad de los expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007. Estos datos corresponden a expedientes cuya tramitación ha finalizado este año, independientemente de que se iniciaran en el año 2007 o en años anteriores.

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

- La primera parte se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el año y a su forma de terminación.
- 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 no admisión.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas y quejas resueltas durante el año 2007.

El número total de expedientes terminados por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007 se eleva a 5.353, manteniéndose en cifras similares a las del ejercicio 2006. Estas cifras, en la línea de los resultados obtenidos en el ejercicio anterior muestran el esfuerzo del personal del Servicio en la mejora de la eficiencia, la consolidación de su actividad y la creciente confianza de los ciudadanos en el mismo.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACION



Del total de los expedientes terminados, 3.125 son **expedientes de reclamación**, lo que supone aproximadamente un 58,38% del total de expedientes resueltos en 2007. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera (ver gráfico):

- a) La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 1.224, lo que supone el 39,17% del total de las reclamaciones.
- b) Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 1.009, lo que supone el 32,29% del total. Si se descompone ese porcentaje, un 19,20% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 13% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste. Hay que destacar que es un objetivo del Servicio de Reclamaciones que se reduzca este porcentaje de allanamientos, ya que pone de manifiesto un deficiente funcionamiento de las instancias de reclamación de las entidades, que únicamente acceden a las pretensiones de sus clientes una vez que se ha presentado la reclamación ante el órgano supervisor.
- c) El número de reclamaciones resueltas con un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de acudir al trámite pericial del artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro asciende a 456, lo que representa el 14,59% del total de reclamaciones resueltas, un porcentaje prácticamente idéntico al del 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.

- d) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas (218) supone el 6,98% del total de las reclamaciones resueltas. Esta forma de finalización se debe a que se plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.
- e) El apartado de "otras formas de terminación" recoge las reclamaciones que finalizan 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. Estas reclamaciones fueron 176 y suponen el 5,63% del total de las resueltas.
- f) Por último, las 142 reclamaciones en las que el Servicio conoció, una vez iniciado el procedimiento, que se encontraban pendientes de litigio ante los tribunales de justicia, representan aproximadamente el 1,34% 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 1.984, lo que representa el 37,06% del total de expedientes resueltos.

En el cuadro IV se indican las diferentes causas que motivan la no admisión, siendo la principal no haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por las entidades contra las que se dirigen, representando el 83,82 % de los motivos de no admisión. En estos supuestos el Servicio emite un informe en el que se señala la causa de la no admisión, 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 1.663 reclamaciones inicialmente no admitidas por no cumplir este requisito, aproximadamente un 40,52% aportaron posteriormente la documentación necesaria para la apertura de un procedimiento de reclamación. Con respecto al año 2006, se observa que se ha producido un incremento del número de este tipo de expedientes, aunque el porcentaje que posteriormente aportó la documentación ha sido ligeramente superior.

La siguiente causa de no admisión está motivada 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 bien porque no identifican a la entidad reclamada. En el presente año no se han admitido un total de 86 reclamaciones por el citado motivo, lo que supone un 4,33% de las causas de no admisión. En este supuesto, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación. Asimismo, los escritos tampoco son admitidos por falta de firma u otros requisitos formales, representando este supuesto el 3,38% de los motivos de no admisión.

Otra de las causas que motiva la no admisión de los escritos presentados por los ciudadanos es la falta de competencia del Servicio de Reclamaciones para conocer el asunto planteado. Así en el ejercicio 2007 se han producido 161 inadmisiónes por este motivo, lo que supone aproximadamente un 8,11% del total de las causas de no admisión.

Esta falta de competencia del Servicio de Reclamaciones para conocer el asunto se clasifica en tres supuestos:

- 1ª) no competencia del Servicio para conocer el asunto planteado por razón de la materia,
- 2ª) por estar las reclamaciones relacionadas con los grandes riesgos definidos en el artículo 107.2 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro,
- 3ª) porque la competencia corresponde a otros organismos, como el Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores. En estos últimos casos el Servicio de Reclamaciones procede al traslado de los expedientes a dichos organismos, comunicando al interesado esta circunstancia.

Por último, otro de los motivos que da lugar a la no admisión de consultas o reclamaciones es la presentación de escritos por personas no legitimadas por no tener la condición de tomador, asegurado, beneficiario o tercer perjudicado en un contrato de seguro o de partícipe o beneficiario en un plan de pensiones, aunque este supuesto tiene una escasa relevancia cuantitativa (7 expedientes).

La cifra de **consultas** resueltas durante el año 2007 se eleva a 210. Esta cifra también ha supuesto un incremento con respecto al año anterior de aproximadamente un 7%.

Por último, el número de **quejas** resueltas es de 34, habiéndose reducido esta cifra en aproximadamente un 26% respecto al año anterior, debido fundamentalmente a la reducción de las quejas planteadas por los ciudadanos, sin una pretensión económica.

2. SEGUROS

La segunda parte del informe estadístico se refiere a los expedientes relacionados con contratos de seguros. Se mantiene la tendencia de años anteriores, en los que esta materia superaba el 90% de los expedientes iniciados, representando en el presente ejercicio el 93,42%.

CUADRO V.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2007.

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	285	185	10	1	7	1	489
Febrero	289	220	8	0	4	0	521
Marzo	292	127	7	2	6	0	434
Abril	211	148	14	1	1	0	375
Mayo	215	160	17	1	1	1	395
Junio	232	139	21	0	4	0	396
Julio	239	148	18	0	0	1	406
Agosto	108	110	24	0	1	0	243
Septiembre	283	140	14	0	0	0	437
Octubre	428	255	17	1	2	0	703
Noviembre	220	146	31	0	1	0	398
Diciembre	211	108	14	0	1	0	334
TOTAL 2007	3.013	1.886	195	6	28	3	5.131
TOTAL 2006	2.702	1.666	142	6	46	4	4.566

El cuadro V contiene la información sobre el total de expedientes relacionados con la materia de seguros iniciados en el año 2007 clasificados por tipos.

El número de expedientes iniciados en el año ha sido de 5.131. Se ha producido un aumento en comparación con el ejercicio precedente, concretamente de un 12,37%.

Del total de 5.131 expedientes iniciados, 4.899 corresponden a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 201 se refieren a consultas y 31 a quejas. Al igual que en los ejercicios precedentes se observa que las reclamaciones suponen la mayor parte de la actividad de este Servicio, representando más del 95% del total de expedientes iniciados.

De los 4.899 expedientes iniciados correspondientes a **reclamaciones de seguros**, cabe distinguir:

- 3.013 escritos corresponden a expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación.
- 1.886 escritos no han dado lugar a un expediente de reclamación por no ser competencia del Servicio de Reclamaciones o por carecer de determinados requisitos imprescindibles, siendo el principal no acreditar haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras.

La evolución de los expedientes de reclamación con respecto al año anterior muestra un crecimiento de los mismos, con un aumento ligeramente superior al 11,5% y al 13,2% en las reclamaciones admitidas y no admitidas, respectivamente. Asimismo, se aprecia que se mantiene la tendencia, visible desde el año 2004, con la publicación de la nueva normativa sobre transparencia y protección de la clientela, de ser superior el volumen de expedientes admitidos que el número de no admitidos. No obstante, un objetivo básico del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es conseguir que la cifra de expedientes no admitidos siga disminuyendo, finalidad que se intenta lograr con la información puesta a disposición de los usuarios de servicios financieros, tanto por parte de las entidades aseguradoras como de las acciones divulgativas realizadas por este Centro Directivo.

La cifra de expedientes relacionados con **consultas** es de 201, entre los que se distinguen:

- 195 expedientes han sido admitidos; en ellos se solicita generalmente información sobre la normativa sobre transparencia y protección de los clientes de servicios financieros.
- 6 corresponden a expedientes no admitidos como consultas por referirse a una concreta operación con una entidad determinada o por la falta de requisitos formales. 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 se 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 o, en su caso, se informa de la falta de cumplimiento de los requisitos necesarios para plantear una consulta.

Los expedientes de consultas han experimentado una variación de 37,32% con respecto al año anterior, lo que muestra el creciente interés de los usuarios financieros por conocer sus derechos y los cauces legales para su ejercicio.

Por último, el número total de expedientes de **queja** iniciados durante el año 2007 se ha elevado a 31. De éstos, 28 dieron lugar a la apertura de un procedimiento de queja mientras que 3 no fueron admitidos

por el Servicio por no haberse dirigido previamente a las instancias de reclamación establecidas por la entidad, tal como dispone la normativa sobre protección a los clientes de servicios financieros.

CUADRO VI.
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2007
CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS

RAMOS O AGRUPACIONES	NÚMERO	% S/TOTAL
Multirriesgos	988	32,79
Vida	477	15,83
Vehículos	423	14,04
Defensa jurídica	286	9,49
Enfermedad	216	7,17
Responsabilidad civil general	184	6,11
Accidentes	131	4,35
Decesos	125	4,15
Asistencia	100	3,32
Perdidas pecuniarias diversas	83	2,75
TOTAL	3.013	100,00

El cuadro anterior contiene las cifras de los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2007.

Entre los tres ramos más reclamados se encuentran los relacionados con seguros multirriesgos, vida y vehículos.

Los seguros denominados comercialmente multirriesgos, como los de hogar, comunidades de propietarios, industriales y otros, son contratos que incluyen una gran variedad de coberturas de distintos ramos, como otros daños a los bienes, incendios y elementos de la naturaleza, responsabilidad civil, defensa jurídica y asistencia. Sin embargo, en el cuadro anterior, cuando nos referimos a multirriesgos como una agrupación de ramos, solamente incluye los ramos "otros daños a los bienes" e "incendios y elementos de la naturaleza". Estos ramos han sido los que han tenido un mayor número de reclamaciones tanto en este ejercicio como en los anteriores. En concreto, en el año 2007 se han presentado 988 reclamaciones, lo que ha supuesto un 32,79% del total de las reclamaciones frente a entidades aseguradoras.

El ramo de vida aparece en segundo lugar con un total de 477 reclamaciones, representando un 15,83% del total de reclamaciones, habiéndose incrementado en un 31% con respecto al año 2006. Es la primera vez que el total de reclamaciones en el ramo de vida supera a las presentadas en el ramo de vehículos, pudiéndose señalar entre las causas de este aumento el incremento de las suscripciones de contratos de seguros de vida asociados a préstamos.

En el tercer lugar se encuentra el ramo de vehículos, con 423 reclamaciones iniciadas lo que supone el 14,04% del total, pudiendo apreciarse un descenso del 27,44% con respecto a 2006.

El cuarto lugar lo ocupa el ramo de defensa jurídica con 286 reclamaciones en 2007, que representan el 9,49% del total de las presentadas. Las reclamaciones en este ramo se han incrementado un 132,52% con respecto al ejercicio anterior. Este gran aumento de las reclamaciones se debe en parte,

a que cada vez con más frecuencia, esta cobertura se incluye en un mayor número de pólizas y son más demandadas y utilizadas por los asegurados.

Por último, se observa un incremento, respecto al año anterior, en el número de reclamaciones correspondiente a los ramos de enfermedad, responsabilidad civil general, accidentes, asistencia y pérdidas pecuniarias diversas.

CUADRO VII.
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2007
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	111	23,87
Derechos especiales del tomador en seguro de vida	77	16,56
Declaración del riesgo al firmar el contrato	65	13,98
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	41	8,82
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	37	7,96
Seguros colectivos; falta de información entre partes	32	6,88
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga.	18	3,87
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	12	2,58
Concepto de seguro de personas	10	2,15
Intereses de demora	9	1,94
Resolución unilateral seguro de vida	9	1,94
Regulación del beneficiario	5	1,08
Declaración del riesgo cuando supera el año de vigencia	5	1,08
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	5	1,08
Seguro de Vida. Consentimiento de las partes	4	0,86
Contenido mínimo del contrato	4	0,86
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	4	0,86
Prescripción	3	0,65
Declaración del siniestro	2	0,43
Información al tomador; la nota informativa	2	0,43
Otras materias.	10	4,85
TOTAL	465	100,00
RAMO 1.- ACCIDENTES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	55	44,00
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	32	25,60
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	21	16,80
Modificaciones del contrato; en especial subida de prima	4	3,20
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a prórroga	3	2,40
Prescripción	2	1,60
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	2	1,60
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	2	1,60
Otras materias.	4	3,20
TOTAL	125	100,00
RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	69	37,10
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	32	17,20
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	26	13,98
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	7,53
Declaración del riesgo al firmar el contrato	12	6,45
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga	12	6,45
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	5	2,69
Urgencia vital	5	2,69
Otras materias.	11	5,91
TOTAL	186	100,00

(Continúa)

CUADRO VII. (Continuación)
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2007
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN.

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	125	23,11
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	72	13,31
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	65	12,01
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	58	10,72
Defensa jurídica del responsable	51	9,43
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga	43	7,95
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	21	3,88
Seguro de R.C.	18	3,33
Seguro de robo	15	2,77
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	13	2,40
Transmisión objeto asegurado	10	1,85
Intereses de demora	9	1,66
Acción directa frente a la compañía	9	1,66
Contenido mínimo del contrato	6	1,11
Agravación y disminución del riesgo	4	0,74
Cuestiones relativas al seguro obligatorio del automóvil	4	0,74
Prescripción	3	0,55
Declaración del siniestro	3	0,55
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	0,37
Otras materias.	10	1,85
TOTAL	541	100,00

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ /OTROS DAÑOS A BIENES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	465	47,16
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	194	19,68
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	129	13,08
Seguro de robo	53	5,38
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	36	3,65
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a la prórroga	26	2,64
Intereses de demora	16	1,62
Infraseguro y sobreseguro	15	1,52
Declaración del siniestro	7	0,71
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	6	0,61
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	5	0,51
Transmisión objeto asegurado	5	0,51
Capital y sumas aseguradas	4	0,41
Contenido mínimo del contrato de seguro	3	0,30
Prescripción	2	0,20
Agravación y disminución del riesgo	2	0,20
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	2	0,20
Otras materias.	16	1,62
TOTAL	986	100,00

(Continúa)

CUADRO VII. (Final)
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2007
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN.

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	60	51,72
Acción directa frente a la compañía	23	19,83
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	20	17,24
Defensa jurídica del responsable	4	3,45
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	2	1,72
Modificación del contrato; en especial, subida de prima	2	1,72
Resto de materias	5	4,31
TOTAL	116	100,00

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	40	72,73
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	16,36
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	2	3,64
Resto de materias.	4	7,27
TOTAL	55	100,00

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Derecho a la libre elección de abogado y procurador	60	31,91
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	51	27,13
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	44	23,40
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS	19	10,11
Art. 20 de la LCS. Intereses de demora	2	1,06
Art. 23 de la LCS. Prescripción	2	1,06
Capital y sumas aseguradas	2	1,06
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	2	1,06
Nulidad contrato por falta objeto asegurado o interés asegurable	2	1,06
Otras materias.	4	2,13
TOTAL	188	100,00

RAMO 18 .- ASISTENCIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	52	62,65
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	22	26,51
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a prórroga	2	2,41
Arts. 32, 33, y 33 a). Coaseguro	2	2,41
Otras materias.	5	6,02
TOTAL	83	100,00

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Modificaciones del contrato; en especial subida de prima	58	42,96
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	41	30,37
Capital y sumas aseguradas	14	10,37
Duración del contrato. Requisitos para la oposición a prórroga	6	4,44
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	5	3,70
Art. 10. Declaración del riesgo al firmar el contrato	3	2,22
Otras materias.	8	5,93
TOTAL	135	100,00

TODOS LOS RAMOS		
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN EL 2007	2.880	100,00

El cuadro VII ofrece información sobre los asuntos principales de los expedientes de reclamación resueltos en el año 2007, agrupados por ramos. En los casos en que una reclamación afecta a varios asuntos, se ha incluido en el epígrafe que se refiere a la cuestión principal.

Las reclamaciones relacionadas con los ramos de incendios y elementos de la naturaleza y otros daños a los bienes (comercializados normalmente como seguros multirriesgos), las relacionadas con los seguros de vehículos y el ramo de vida representan el 69,17% del total de reclamaciones resueltas en 2007.

En general se observa que los motivos que han dado 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 prácticamente en todos los ramos.

No obstante, conviene señalar algunas particularidades en cada uno de los ramos, por lo que a continuación se distinguen entre los motivos de reclamación de los ramos relacionados con seguros de personas y con los seguros de daños y patrimoniales.

Seguros de personas

En el **ramo de vida** el principal motivo de reclamación se centra en las divergencias existentes en la aplicación e interpretación de la póliza. Se han detectado muchos casos en los que las cláusulas no son claras ni precisas y crean confusión en el cliente, sobre todo en los contratos más complejos, como son aquéllos en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o en los que el valor de rescate está referenciado al valor de mercado de inversiones asignadas a la póliza. Estas cláusulas poco claras son muy frecuentes en un tipo de contrato que durante este año ha recibido un número muy elevado de reclamaciones: los denominados comercialmente "Renta Inversión". Estos seguros, comercializados generalmente por entidades de crédito, son seguros mixtos que, a cambio de una prima única, garantizan una renta vitalicia en caso de supervivencia y un capital en el momento del fallecimiento del asegurado. Independientemente de los defectos observados en su comercialización y a los que haremos referencia más adelante en el capítulo dedicado a esta materia, el principal problema que estos productos generan se refiere al ejercicio del derecho de rescate transcurrido el plazo fijado en la póliza, cuando el valor de rescate se calcula en función del valor de mercado de unos activos asignados o de referencia. La controversia surge porque no se determina claramente la forma de cálculo de este valor de mercado para poder conocer y calcular el valor de rescate.

Relacionado con lo anterior, destaca también el número de reclamaciones sobre los especiales derechos del tomador en el seguro de vida, en concreto sobre los derechos de rescate y reducción contemplados en la póliza.

En torno al 14% de las reclamaciones de seguros de vida se refieren a las inexactitudes de la declaración del riesgo en el momento de la firma del contrato y en especial a las inexactitudes en el momento de rellenar el cuestionario de salud. Respecto a esto, muchas entidades parecen no ser conscientes de la importancia que tiene esta declaración y presentan cuestionarios muy genéricos e imprecisos que no cumplen con su objetivo primordial: la correcta valoración del riesgo para decidir si aceptarlo o rechazarlo y para el cálculo de la prima. Tampoco advierten al cliente que la inexactitud u ocultación de datos en el cuestionario, puede suponer la aplicación de la regla proporcional o, en caso más grave, el rechazo del siniestro cuando éste se produzca.

Las reclamaciones sobre el impago de la indemnización y del importe mínimo son también importantes; en algunos casos, las entidades dilatan el pago de la indemnización y del importe mínimo sin justificación alguna.

En el **ramo de accidentes** destacan los problemas en la interpretación de la póliza, las valoraciones del siniestro y las divergencias en cuanto a la calificación de accidente, remitiendo las compañías, en estos casos, al trámite pericial previsto en la Ley. Otro de los asuntos que mayor número de reclamaciones genera es el relacionado con el pago de la indemnización y del importe mínimo.

En el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria** más de la mitad de las reclamaciones se refieren a divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza y en las modificaciones que se realizan de forma unilateral por las entidades, en especial, los incrementos de prima a medida que aumenta la edad de los asegurados y el coste de los servicios sanitarios. Otros motivos que generan reclamaciones en este ramo son los relacionados con la valoración de las lesiones o la calificación del origen de la enfermedad, remitiendo las entidades, en muchas ocasiones, al trámite de peritos médicos previsto en la Ley de Contrato de Seguro.

En los **seguros de decesos**, al tratarse habitualmente de contratos anuales renovables, la principal causa de conflicto está en la subida de primas, que se da a medida que aumenta la edad del asegurado y por el coste de los servicios ofrecidos. También, como en casi todos los ramos, se dan problemas en la interpretación y aplicación de las cláusulas del contrato.

Seguros generales de daños y patrimoniales

En las reclamaciones relacionadas con los **ramos de incendios y elementos de la naturaleza y otros daños a los bienes** los asuntos más destacados, como en la mayoría de los ramos, son la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada y las discrepancias en cuanto a la valoración del siniestro. Le siguen en importancia, las reclamaciones que versan sobre el incumplimiento de las entidades aseguradoras del plazo de cuarenta días que fija la Ley para el pago de la indemnización. Asimismo, hay que destacar el elevado número de reclamaciones relacionadas con la garantía de robo, siendo uno de los motivos principales de reclamación. En ellas las discrepancias están principalmente motivadas por la calificación jurídica del siniestro como robo o hurto. En estos ramos también son numerosas las reclamaciones relacionadas con las modificaciones del contrato y en especial la relativa al incremento de la prima así como las referidas a la oposición a la prórroga del contrato. Al tratarse, en la mayoría de los casos, de seguros de hogar cobra importancia la fijación en la póliza del valor del continente y del contenido, dando lugar en muchas ocasiones a reclamaciones relacionadas con infraseguro y sobreseguro, aunque éste último en menor medida.

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, además de los asuntos más comunes de reclamación en todos los ramos, hay que destacar el elevado número de las relacionadas con la dirección jurídica que el asegurador debe asumir en caso de responsabilidad civil de su asegurado. Asimismo, son numerosas las reclamaciones relacionadas con las cláusulas limitativas de los contratos de seguro, especialmente las motivadas por la disconformidad con la aplicación de la cláusula de indemnización por el valor venal.

Por otro lado conviene destacar que la aplicación de los convenios sobre tramitación y liquidación de siniestros entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia compañía de seguros, en

vez de por la del causante del accidente, crea cierta confusión a los perjudicados pues en muchos casos dirigen la reclamación frente a su compañía generalmente por discrepancias en la valoración del siniestro; en estos casos, la garantía que debería operar es la de defensa jurídica y no la de daños.

El motivo de reclamación más numeroso en el ramo de **defensa jurídica** es el relacionado con el derecho a la libre designación de abogado y procurador y el pago sus honorarios. Además hay que señalar que se ha incrementado el número de reclamaciones relativas a la cláusula limitativa que contienen la mayoría de contratos de este ramo, que supedita la cobertura de defensa jurídica a la viabilidad de la pretensión del asegurado. Se observa que la manifestación de inviabilidad por las entidades aseguradoras, en la mayoría de los casos, no se justifica suficientemente, especialmente en las pólizas de automóviles, con el consiguiente perjuicio para los asegurados. En estos casos, se les otorga el derecho a nombrar abogado y procurador siéndoles abonados los gastos de defensa jurídica únicamente en el caso de que tengan éxito en su pretensión, lo cual es disuasorio para los asegurados.

En el ramo de **responsabilidad civil general** el asunto que genera mayor número de reclamaciones es el referido a la interpretación y aplicación de la póliza, motivado por la falta de claridad en su redacción; en concreto, la referida a la cobertura de responsabilidad civil profesional.

En el ramo de **asistencia** la causa de reclamación más frecuente por lo que a seguros de asistencia en viaje se refiere, tiene su origen en la propia comercialización de las pólizas a través de las agencias de viajes, pues éstas entregan generalmente tan sólo un extracto de las condiciones generales del contrato por lo que los asegurados desconocen el contenido exacto del mismo, surgiendo discrepancias en la aplicación de las citadas condiciones.

En el ramo de **pérdidas pecuniarias diversas**, de nuevo el asunto que genera mayor número de reclamaciones es la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza. En concreto, en la cobertura de desempleo, las reclamaciones suelen venir motivadas por la errónea contratación de este tipo de seguros; por ejemplo, porque no se corresponde la situación laboral del asegurado con la prevista en la póliza.

CUADRO VIII.
CONSULTAS RESUELTAS DURANTE 2007 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA.

MATERIA	Nº	%/º
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza	24	11,43
Seguros de vida; cuestiones específicas	27	12,86
Cuestiones referentes a la prima	21	10,00
Seguros de suscripción obligatoria	20	9,52
Impago de la indemnización; importe mínimo	19	9,05
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	7	3,33
Seguro defensa jurídica	6	2,86
Datos sobre entidades	6	2,86
Infraseguro y sobreseguro	5	2,38
Solicitud y proposición	4	1,90
Peritación	4	1,90
Información para plantear reclamación	4	1,90
Seguros colectivos: falta de información entre partes	3	1,43
Resto de materias	60	28,57
TOTAL	210	100,00

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007.

Los cinco asuntos que han motivado el mayor número de consultas durante el año representan más del 50% del total de las consultas resueltas durante 2007 y se refieren a las siguientes cuestiones: interpretación y aplicación de la póliza, seguros de vida, temas relacionados con las primas, seguros de suscripción obligatoria y cuestiones relacionadas con la indemnización y el importe mínimo a pagar.

Las consultas sobre los seguros de vida ocupan la primera posición con un 12,86% del total de las realizadas y han experimentado un aumento del 145,45% con respecto al ejercicio anterior. Este incremento se debe a que este año se han recibido numerosas consultas relacionadas con los seguros vinculados a préstamos hipotecarios y sobre el Registro de contratos de seguro con cobertura de fallecimiento. Además, también han sido numerosas las consultas sobre el derecho de rescate del tomador, el tipo de interés técnico, los especiales derechos del tomador en el seguro de vida y la naturaleza actuarial del contrato de seguro.

La segunda posición la ocupan las consultas relacionadas con la interpretación y aplicación de la póliza, en las que se solicita aclaración sobre determinadas coberturas, sobre la interpretación de cláusulas o sobre las prestaciones contratadas. Estos expedientes han disminuido un 22,58% con respecto al año 2006.

En la tercera posición, se encuentran las consultas relacionadas con la prima, que representan el 10% del total. Una de las informaciones más solicitadas hace referencia a los incrementos de las primas en los seguros anuales renovables, en especial en los ramos de enfermedad y asistencia sanitaria y decesos. También es interesante destacar el número de consultas en las que se solicita información sobre los seguros a prima única asociados a préstamos y la posibilidad de devolución de la prima. En éstas se informa que el Servicio de Reclamaciones considera una mala práctica la no devolución al tomador del seguro de la parte de prima no consumida durante el periodo de vigencia del contrato o la provisión matemática, en el caso de amortización anticipada del préstamo, ya que provoca un evidente desequilibrio de las prestaciones.

Las consultas sobre seguros obligatorios se reducen con respecto al ejercicio anterior, pero siguen representando un porcentaje importante de este tipo de expedientes, concretamente el 9,52%. La mayoría, al igual que en años anteriores, se refieren a dudas sobre la obligatoriedad de suscribir el seguro obligatorio de responsabilidad civil de vehículos terrestres automóviles para vehículos de movilidad reducida, "minimotos", maquinaria industrial y otro tipo de vehículos. También se solicita información sobre otros seguros obligatorios, especialmente sobre la posibilidad de encontrar aseguramiento en un caso concreto ante las dificultades encontradas en el mercado.

Los asuntos relacionados con las indemnizaciones y el importe mínimo se han elevado notablemente con respecto a 2006, exactamente en un 90%. En estos casos se solicita información sobre cómo se calcula la indemnización, en qué casos se puede aplicar el valor venal o el valor de reparación, en qué consiste el importe mínimo o cuánto tiempo puede tardar en indemnizar el siniestro la entidad aseguradora.

CUADRO IX.
QUEJAS RESUELTAS DURANTE 2007 ATENDIENDO A
LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA.

MATERIA	Nº	%/º
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza	7	20,59
Impago de la indemnización; importe mínimo	6	17,65
Defensa jurídica	2	5,88
Cuestionarios de salud	2	5,88
Resto de materias	17	50,00
TOTAL	34	100,00

El cuadro IX ofrece información sobre los asuntos que han generado el mayor número de quejas durante el año 2007, entre los que cabe destacar los motivados por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza y los relativos al pago de la indemnización o del importe mínimo.

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 previa a la contratación del seguro, tanto sobre las características del contrato como sobre coberturas contratadas o prestaciones. En este sentido se puede destacar el descontento mostrado por algunos tomadores de seguros de vida con gran componente de ahorro, comercializados por las entidades de crédito, porque creían haber suscrito un producto de renta fija o netamente financiero y no un seguro.

Las quejas sobre la indemnización e importe mínimo se refieren a los retrasos sufridos por los asegurados en la peritación y reparación de los siniestros, así como la falta de información adecuada durante ambos procesos.

En las coberturas de defensa jurídica las quejas se centran en la falta de información al asegurado durante el proceso de reclamación, así como sobre la facultad de libre designación de abogado y procurador.

Los cuestionarios de salud en seguros de vida, accidentes, asistencia sanitaria y enfermedad también son un tema polémico, porque los asegurados manifiestan que se rellenaron por la entidad donde se contrató el seguro, por su ambigüedad y por la falta de información sobre su importancia en el contrato.

CUADRO X.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2007
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD RECLAMADA.

	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	2.553	84,73
Mutua	314	10,42
Entidad Extranjera (Sucursal)	72	2,39
Mutualidad de Previsión Social	50	1,66
Agrupaciones	11	0,37
Entidad Extranjera (L.P.S.)	8	0,27
Otras Formas Jurídicas	5	0,16
TOTAL	3.013	100,00

Este cuadro muestra el número total de reclamaciones iniciadas durante el año atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. La distribución de las reclamaciones sigue un esquema similar al de

los años precedentes, sin embargo es importante destacar la transformación de la entidad Mapfre Mutualidad de Seguros y Reaseguros a Prima Fija en una sociedad anónima.

Las reclamaciones planteadas frente a sociedades anónimas y mutuas representan aproximadamente el 95% del total. En este sentido las reclamaciones contra sociedades anónimas han pasado de representar el 81,16% en 2006 a 84,73% en 2007 y las reclamaciones frente a mutuas han disminuido del 14,47% en 2006 al 10,42% en 2007.

El restante 4,86% lo constituyen reclamaciones frente a sucursales de entidades extranjeras, mutualidades de previsión social, agrupaciones de entidades aseguradoras, entidades extranjeras que operan en España en régimen de libre prestación de servicios y entidades de derecho público. Se observa un incremento de las reclamaciones frente a sucursales de entidades aseguradoras extranjeras de aproximadamente un 132%.

CUADRO XI.1.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2007	RATIO RECLAMACIONES
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	157	3.306.593.149	0,0475
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	147	1.112.216.344	0,1322
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	145	2.360.853.198	0,0614
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	127	2.543.522.259	0,0499
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	126	1.181.313.687	0,1067
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	123	720.953.467	0,1706
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	118	2.121.200.288	0,0556
MAPFRE AUTOMOVILES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	97	2.435.628.435	0,0398
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	92	977.904.977	0,0941
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	81	469.810.530	0,1724
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	76	717.571.092	0,1059
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	69	1.253.102.132	0,0551
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	65	867.993.244	0,0749
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	62	1.061.852.376	0,0584
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA C.A. DE S. Y R	59	1.252.124.277	0,0471

(Continúa)

CUADRO XI.1. (Final)
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

DENOMINACIÓN	NÚMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2007	RATIO RECLAMACIONES
ZURICH ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.S.A.	57	1.331.325.557	0,0428
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S. A	53	209.789.442	0,2526
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE	50	1.020.692.093	0,0490
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	43	712.739.479	0,0603
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	40	332.866.702	0,1202

CUADRO XI.2.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007, EN RELACIÓN CON EL VOLUMEN DE PRIMAS.

DENOMINACIÓN	NUMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2007	RATIO RECLAMACIONES
HILO DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, S. A.	53	209.789.442	0,2526
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	81	469.810.530	0,1724
OCASO, S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	123	720.953.467	0,1706
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	147	1.112.216.344	0,1322
HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	40	332.866.702	0,1202
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	126	1.181.313.687	0,1067
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	76	717.571.092	0,1059
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	92	977.904.977	0,0941
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	65	867.993.244	0,0749
AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	145	2.360.853.198	0,0614
REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	43	712.739.479	0,0603
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	62	1.061.852.376	0,0584
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	118	2.121.200.288	0,0556
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	69	1.253.102.132	0,0551

(Continúa)

CUADRO XI.2. (Final)
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS
EN 2007, EN RELACIÓN CON EL VOLUMEN DE PRIMAS.

DENOMINACIÓN	NUMERO	PRIMAS DEVENGADAS TOTAL 2007	RATIO RECLAMACIONES
ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	127	2.543.522.259	0,0499
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE	50	1.020.692.093	0,0490
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.	157	3.306.593.149	0,0475
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA C.A. DE S. Y R	59	1.252.124.277	0,0471
ZURICH ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	57	1.331.325.557	0,0428
MAPFRE AUTOMOVILES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	97	2.435.628.435	0,0398

NOTAS PARA AMBOS CUADROS:

- Datos de primas devengadas según la documentación estadístico-contable del cuarto trimestre de 2007.
- El número de reclamaciones de la entidad Mapfre Automoviles, S.A. de Seguros y Reaseguros también incluye las iniciadas en el año 2007 frente a Mapfre Mutuality de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, como consecuencia de su transformación.
- El número de reclamaciones de la entidad Axa Seguros Generales, con clave C0723, comprende las reclamaciones iniciadas en el año 2007 frente a Winterthur, Seguros Generales y las reclamaciones frente a Axa Aurora Ibérica, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, correspondientes a los ramos cedidos.

Los cuadros XI.1 y XI.2 ofrecen información sobre las veinte entidades aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2007, ordenadas en el cuadro XI.1 en términos absolutos y en el cuadro XI.2 en función del ratio entre el número de reclamaciones y el volumen de primas devengadas. En ellos se ofrece información sobre el número total de reclamaciones, el volumen estimado de primas devengadas en 2007 y el ratio de reclamaciones iniciadas por cada millón de euros de primas devengadas.

En relación con el ratio entre número de reclamaciones y el volumen de primas devengadas en el año 2007, debe tenerse presente que su finalidad es permitir una medida relativa de comparación entre entidades sin que, dada la diferente dimensión de las magnitudes, tenga en sí misma un significado económico o de gestión.

El primer puesto de entidades con mayor número de reclamaciones iniciadas en términos absolutos lo ocupa *Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.*, habiéndose producido un incremento de más del 90% con respecto al número de reclamaciones del año anterior. Sin embargo, esta entidad desciende al puesto número 17 cuando se relaciona el número total de reclamaciones con su volumen de primas devengadas.

El segundo lugar en número de reclamaciones es ocupado por *Mapfre Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.*, situándose en cuarta posición en la clasificación en función del ratio de reclamaciones. Respecto a esta entidad no se aprecian cambios significativos con el año 2006, ocupando posiciones similares en la tabla, tanto en número de reclamaciones como en ratio por volumen de primas.

Asimismo, conviene señalar que la entidad *Axa Seguros Generales, S.A., de Seguros y Reaseguros*, aparece ocupando la tercera posición en la tabla en cuanto al número de reclamaciones. No obs-

tante, debe tenerse en cuenta que como consecuencia de las operaciones societarias realizadas en el año 2007 por el Grupo Axa-Winterthur, esta entidad agrupa las reclamaciones iniciadas durante el año 2007 frente a *Winterthur, Seguros Generales* y las de *Axa Aurora Ibérica*, correspondientes a los ramos cedidos a esa entidad, si bien, respecto a esta última hay que destacar que también aparecía entre las más reclamadas en el año anterior.

El cuarto puesto corresponde a *Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima*, que desciende desde la segunda posición del año 2006. En términos relativos reclamaciones-volumen de primas ocupa el puesto decimoquinto.

El quinto puesto es ocupado por la entidad *BBVA Seguros, S.A., de Seguros y Reaseguros*, respecto a la cual cabe destacar un incremento de casi un 60% en el número de reclamaciones iniciadas en 2007, en relación con el año 2006, pasando al sexto puesto en la clasificación en función del ratio por volumen de primas, mientras que en el año 2006 en este cuadro ocupaba el puesto número trece.

Las entidades *Hilo Direct Seguros y Reaseguros, S.A., Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija* y *Ocaso S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros*, además de figurar entre las veinte más reclamadas, tienen un ratio de reclamaciones elevado ocupando en esta clasificación el primer, segundo y tercer lugar respectivamente.

Por último, entre las entidades que aparecen en estos cuadros como las más reclamadas, no se aprecian diferencias significativas con respecto a las aparecidas en el año anterior, figurando por primera vez, *Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros*.

CUADRO XII.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2007 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN.

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	140	13	21	34	24,29%	60	42,86%	46	32,86%
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	135	12	13	25	18,52%	55	40,74%	55	40,74%
SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑIA ASEGURADORA, S.A.	116	29	23	52	44,83%	46	39,66%	18	15,52%
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	112	22	24	46	41,07%	46	41,07%	20	17,86%

(Continúa)

CUADRO XII. (Final)
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS
EN 2007 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN.

ENTIDADES	TOTAL	Informes favorables al reclamante				Informes favorables a la entidad	%	Otros pronunciamientos	%
		Allanamientos	Resoluciones a favor del reclamante	Suma	%				
MAPFRE AUTOMOVILES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	111	29	21	50	45,05%	33	29,73%	28	25,23%
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	105	13	18	31	29,52%	38	36,19%	36	34,29%
SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	96	18	10	28	29,17%	48	50,00%	20	20,83%
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	90	19	12	31	34,44%	29	32,22%	30	33,33%
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	80	9	20	29	36,25%	30	37,50%	21	26,25%
SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	80	7	18	25	31,25%	27	33,75%	28	35,00%
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	75	22	10	32	42,67%	24	32,00%	19	25,33%
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	73	12	11	23	31,51%	20	27,40%	30	41,10%
LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	71	6	20	26	36,62%	18	25,35%	27	38,03%
AXA AURORA IBERICA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	70	13	7	20	28,57%	24	34,29%	26	37,14%
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	67	8	13	21	31,34%	27	40,30%	19	28,36%

NOTA: Los datos de la entidad Mapfre Automóviles, S.A. de Seguros y Reaseguros incluyen los de Mapfre Mutualidad de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 15 compañías con más reclamaciones, en términos absolutos, resueltas durante 2007 por el Servicio de Reclamaciones.

Conviene aclarar que en este cuadro se relacionan las 15 entidades con mayor número de expedientes **resueltos** en 2007 y su forma de terminación, a diferencia del cuadro anterior en el que aparecen las entidades con más reclamaciones **iniciadas** en este Servicio durante 2007, independientemente que estos expedientes al término del año 2007 estuviesen resueltos o no.

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.

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

La entidad con mayor porcentaje de informes favorables al **reclamante**, sumando los allanamientos y los que finalizan estimando la reclamación del interesado, es *Mapfre Automóviles, S.A., de Seguros y Reaseguros*, con el 45,05% de informes favorables al reclamante, seguida muy de cerca por *Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija y Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.*, con porcentajes todas ellas superiores al 40%.

Asimismo, entre las entidades con mayor número de allanamientos se encuentran *Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A.* y *Mapfre Automóviles, S.A., de Seguros y Reaseguros*. El Servicio de Reclamaciones considera que un número de allanamientos elevado pone de manifiesto un deficiente tratamiento de las reclamaciones por parte de los departamentos encargados de atender las quejas y reclamaciones en la entidad, ya que únicamente acceden a las pretensiones de los interesados cuando éstos presentan su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Por otro lado, las entidades con porcentajes más elevados de informes a su favor son *Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros*, con un porcentaje del 50%. Le siguen *Mapfre Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros y Banco Vitalicio de España, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros*, con porcentajes superiores al 40% del total de reclamaciones.

3. PLANES DE PENSIONES

La tercera parte del informe estadístico se refiere a expedientes relacionados con planes de pensiones.

El Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones formuladas frente a las entidades gestoras y depositarias de planes de pensiones individuales, aunque conviene señalar que la totalidad

de las reclamaciones presentadas en materia de planes y fondos de pensiones han sido frente a la actuación de entidades gestoras de fondos de pensiones. Las reclamaciones de planes de pensiones de empleo y la totalidad de consultas sobre esta materia son tramitadas por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. No obstante, al igual que el año anterior, debido a que son actividades relacionadas con la protección de los clientes de servicios financieros, se ha considerado oportuno reflejar sus datos en este informe, por lo que esta parte dedicada a planes de pensiones se divide en dos capítulos: uno referido a los datos sobre planes de pensiones individuales y el segundo con la información relacionada con los planes de pensiones de empleo y consultas.

Conviene destacar que en las cifras generales recogidas en la primera parte del informe estadístico no se incluyen las cifras reflejadas en el cuadro XVI, ya que esta actividad no se ha realizado en el Servicio de Reclamaciones.

3.1. Reclamaciones sobre planes de pensiones individuales

3.1.1. Expedientes iniciados durante el año

CUADRO XIII.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	12	1	13
Febrero	4	4	8
Marzo	8	2	10
Abril	3	7	10
Mayo	9	3	12
Junio	6	2	8
Julio	9	2	11
Agosto	1	1	2
Septiembre	5	2	7
Octubre	9	7	16
Noviembre	5	6	11
Diciembre	7	1	8
TOTAL 2007	78	38	116
TOTAL 2006	108	49	157

En este cuadro se recoge el número total de expedientes iniciados en materia de planes de pensiones durante el año 2007, clasificados por meses.

En concreto, durante el año 2007 se iniciaron un total de 78 reclamaciones frente a entidades gestoras de planes de pensiones, por lo que se observa una disminución con respecto al año anterior de 30 reclamaciones, lo que supone un 27,77%.

Además se presentaron un total de 38 reclamaciones que no fueron admitidas por diversos motivos, en su mayoría por no acreditar haber dirigido su reclamación previamente al defensor del partícipe

de la entidad reclamada. Esta cifra es ligeramente inferior a la del año anterior, aunque sigue representando un porcentaje importante respecto al total de escritos presentados, en concreto un 32,76%. Esta situación evidencia una deficiente información de las entidades sobre los requisitos necesarios para presentar una reclamación ante el Servicio de Reclamaciones. En este sentido el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones exige a las entidades promotoras, gestoras o depositarias, que informen, con carácter previo a la adhesión de los partícipes, sobre los datos correspondientes al defensor del partícipe. Además en el documento o boletín de adhesión mediante el que se formaliza el plan de pensiones, debe informarse sobre las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, indicando, en su caso, la denominación y domicilio del defensor del partícipe.

3.1.2. Motivos de reclamación

CUADRO XIV.
RECLAMACIONES RESUELTAS DURANTE 2007 CLASIFICADAS POR ASUNTOS.

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de plan de pensiones sin autorización del interesado, límite de aportaciones al plan de pensiones	18	16,51
Movilización derechos consolidados. Incumplimiento de los plazos máximos para la movilización.	17	15,60
Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al plan de pensiones con posterioridad a la jubilación.	16	14,68
Demora en el cobro de la prestación.	14	12,84
Desacuerdos con la valoración de derechos consolidados.	11	10,09
Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y su modificación.	10	9,17
Desacuerdo en la valoración de la prestación recibida por el partícipe. Reclamaciones sobre gastos y comisiones repercutidas al partícipe en el momento de abono de la prestación.	7	6,42
Supuestos especiales de liquidez. Desempleo larga duración.	6	5,50
Reclamaciones sobre prejubilaciones, jubilación anticipada, situación asimilable a la jubilación, salvo amas de casa, personas con discapacidad y partícipes de planes de empleo.	3	2,75
Inversiones de fondos de pensiones. Temas referentes a contabilidad y las cuentas.	2	1,83
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.	2	1,83
Liquidez Derechos por Crédito remanente.	2	1,83
Beneficiario-heredero.	1	0,92
TOTAL 2007	109	100,00

Este cuadro clasifica el total de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales en función de los asuntos.

El principal motivo de reclamación, como en años anteriores, ha sido la falta o deficiente información recibida en el momento de adhesión al plan. Le siguen las reclamaciones relativas a la movilización de los derechos consolidados, fundamentalmente sobre el retraso en el traspaso de los mismos. El tercer lugar lo ocupan las reclamaciones sobre aportaciones realizadas después de la jubilación. El número de reclamaciones por este último motivo ha disminuido respecto al año 2006 y presumiblemente desaparecerán con el tiempo debido a la nueva regulación existente en esta materia, a la que se hará referencia más adelante.

1º.- Información comercial recibida por el partícipe en el momento de su adhesión al plan de pensiones.

Durante 2007 se tramitaron un total de 18 reclamaciones en las que se ponían de manifiesto las deficiencias, inexactitudes o incluso ausencia total de información, al contratar el plan de pensiones. Destacan los casos en los que se contrata un plan de pensiones por personas para las que ya había acaecido una de las contingencias susceptibles de cobertura en el plan de pensiones, generalmente jubilación o invalidez. En estos casos la entidad no informa al cliente de que las aportaciones que realice sólo podrán destinarse a cubrir las contingencias susceptibles de acaecer: fallecimiento o dependencia.

Por este motivo también han sido numerosas las reclamaciones relacionadas con las promociones ofertadas por las entidades para conseguir la movilización de los derechos consolidados de otras entidades. El motivo fundamental que plantean estas reclamaciones es la diferencia entre lo ofrecido y la bonificación o regalo realmente recibido.

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

El problema fundamental en este caso es determinar si realmente existió un retraso en el traspaso y si el retraso es imputable a la entidad gestora de origen o de destino. La anterior redacción del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones establecía un plazo máximo de siete días hábiles para proceder a la movilización, sin especificar como se distribuía dicho plazo entre la entidad de origen y la de destino. Este problema desaparece con la modificación introducida en el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones por el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que prevé expresamente un plazo de dos días hábiles para que la entidad gestora de destino comunique la solicitud de traspaso a la gestora del fondo de origen y de cinco días hábiles para que la gestora de origen ordene la transferencia de los derechos consolidados. Esta modificación, en vigor desde el 1 de enero de 2008, clarifica las funciones y los plazos que deben cumplir cada una de las gestoras en el momento de tramitar una orden de traspaso.

3º.- Aportaciones a planes de pensiones por personas ya jubiladas.

En los últimos años las aportaciones a planes de pensiones realizadas por personas ya jubiladas ha sido uno de los motivos de reclamación más repetidos en el ámbito de planes de pensiones individuales. En principio no debería repetirse a raíz de la modificación realizada por la disposición final quinta de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos de Sociedades, sobre la Renta de los no Residentes y sobre el Patrimonio, por la que se modifica el apartado 6 del artículo 8 del texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, permitiendo que a partir del acceso a la jubilación, el partícipe pueda seguir realizando aportaciones al plan de pensiones sin perder su derecho a percibir la prestación correspondiente. Esta modificación se ha incorporado también al Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, por el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en vigor desde el 1 de abril de 2007. En cualquier caso, iniciado el cobro de la prestación por jubilación, las aportaciones ya no se podrán destinar para esta contingencia.

Las modificaciones anteriores establecieron un régimen transitorio para los partícipes jubilados antes del 1 de enero de 2007, según el cual, pueden seguir realizando aportaciones, siempre y cuando no hubiesen iniciado el cobro del plan. En cuanto a las aportaciones realizadas en el período comprendido entre el acceso a la jubilación y el 31 de diciembre de 2006, si el partícipe se jubiló antes del 1 de julio de 2006, dichas aportaciones quedan para fallecimiento y si se jubiló a partir de esa fecha, podrá cobrarlas como prestación de jubilación.

4º.- Retraso en el cobro de la prestación.

Las reclamaciones por este motivo se producen habitualmente porque, después de comunicada la contingencia que da lugar al cobro de la prestación, la entidad requiere al partícipe una serie de documentos previstos en las especificaciones del plan que retrasan el reconocimiento del derecho de la prestación. En ocasiones este retraso no está justificado pues se debe a errores, pérdida o demora en el traslado de la documentación por parte de la entidad financiera en la que se presenta la solicitud a la entidad gestora competente para reconocer el derecho a la prestación. En este sentido el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones exige la notificación del reconocimiento del derecho a la prestación dentro del plazo máximo de quince días hábiles desde la presentación de la documentación correspondiente. No obstante, a veces es difícil para el partícipe o beneficiario, acreditar la fecha en la que ha presentado toda la documentación exigida en las especificaciones del plan.

5º.- Desacuerdo con la valoración de los derechos consolidados.

Los partícipes reclaman un mayor detalle en la información de los activos concretos en los que se invierten sus fondos. También sobre las comisiones de gestión y de depósito repercutidas al partícipe. La normativa sobre planes y fondos de pensiones exige a las entidades que con carácter previo a la contratación del plan de pensiones informen sobre las comisiones de gestión y de depósito aplicables, así como sobre los principios de la política de inversión del fondo de pensiones. Además, de forma trimestral las entidades gestoras deben remitir información a los partícipes y beneficiarios sobre la evolución y situación de sus derechos económicos en el plan, modificaciones normativas, cambios de las especificaciones del plan, de las normas de funcionamiento del fondo o de su política de inversiones, y de las comisiones de gestión y de depósito. Esta información es clave para conocer tendencias del mercado, cambios de ritmo, que le pueden aconsejar modificar el perfil de los valores adquiridos por el fondo de pensiones mediante, en su caso, la movilización a otro plan de pensiones de la misma o distinta entidad.

6º.- Otros motivos.

Destacan las reclamaciones sobre la prestación recibida del plan de pensiones. En concreto, en los casos en que se decide cobrar la prestación en forma de renta temporal, la entidad indica el plazo en que se va a cobrar dicha renta sin especificar que dicho plazo estará, en todo caso, condicionado al agotamiento de los derechos consolidados, cuyo valor depende de las variaciones del mercado. Así, cuando el beneficiario deja de percibir la renta antes del plazo previsto por agotamiento de los derechos económicos, reclama seguir cobrando hasta el plazo inicialmente pactado. Aunque en principio la entidad actúa de forma correcta, pues no puede satisfacer una prestación superior al

importe de los derechos económicos, estas reclamaciones podrían evitarse dejando claro que el plazo de duración de la renta es una estimación y que podrá acortarse o alargarse en función de las fluctuaciones de valor que experimenten los derechos económicos que continúan invertidos en los fondos de pensiones y por tanto sometidos a las oscilaciones de los mercados de valores.

También cabe citar las reclamaciones tramitadas por no estar conforme con la valoración de la prestación recibida por el beneficiario, de la que se detraen además gastos y comisiones por el abono de la misma.

Por último, también se han recibido reclamaciones relativas a los supuestos excepcionales de liquidez de los planes de pensiones, en concreto en caso de desempleo de larga duración. En estos supuestos la normativa remite su regulación a lo contemplado en las especificaciones del plan y con las condiciones y limitaciones que éstas establezcan.

3.1.3. Entidades reclamadas.

CUADRO XV.
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

DENOMINACIÓN DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	% PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL (1)
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	29	37,18	15,35
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	10	12,82	15,45
EUROPENSIONES S.A., E.G.F.P.	5	6,41	5,90
CAJA DE MADRID DE PENSIONES, S.A.	5	6,41	5,27
BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	4	5,13	1,89

(1) Fuente: INVERCO. Ranking Patrimonio por grupos del Sistema Individual a 31.12.2007

En este cuadro se establece una clasificación de las cinco entidades gestoras que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2007.

El cuadro detalla 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 de estas entidades, pues este último valor permite evaluar si existe una correlación entre la proporción de reclamaciones recibidas y el patrimonio gestionado.

Conviene señalar que cuatro de las cinco entidades gestoras que más reclamaciones recibieron durante el 2007, se encuentran en los cinco primeros puestos del ranking de entidades gestoras con mayor patrimonio gestionado, de acuerdo con los datos de INVERCO. Así *Santander Pensiones S.A., E.G.F.P.*, ocupa el primer puesto en el número de reclamaciones y es la segunda gestora que más patrimonio gestionó durante el 2007. Por otro lado, *BBVA Pensiones, S.A., E.G.F.P.*, ocupa el primer lugar en el ranking de entidades por patrimonio gestionado y es la segunda por número de reclamaciones.

Como se muestra en el cuadro anterior, *Santander Pensiones, S.A., E.G.F.P.*, es un año más objeto de un número de reclamaciones superior al que le correspondería si existiese una correlación perfecta entre patrimonio gestionado y número de reclamaciones. En el resto de entidades se observa una proporción equilibrada entre ambas magnitudes, salvo para *Bankinter Seguros de Vida, S.A.* donde también el porcentaje de reclamaciones supera con claridad al del patrimonio gestionado por esta entidad.

3.2. Reclamaciones sobre planes de empleo y consultas de planes de pensiones en general

CUADRO XVI.
EXPEDIENTES INICIADOS POR LA SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE PLANES Y FONDOS DE PENSIONES EN 2007.

Tipo	Total Iniciadas	Total resueltas
Reclamaciones de planes de empleo	15	20
Consultas sobre planes de pensiones	85	154
TOTAL 2007	100	174

El cuadro anterior ofrece información sobre la actividad realizada por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones durante el año 2007, en materia de planes de empleo y consultas sobre planes de pensiones en general.

El total de expedientes **iniciados** se eleva a 100, de éstos, 15 son reclamaciones sobre planes de pensiones de empleo y 85 son consultas presentadas por escrito tanto por entidades como por particulares.

Las reclamaciones relativas a planes de empleo se refieren principalmente a temas relacionados con la cuantificación de los compromisos por pensiones, la interpretación de las especificaciones de los planes de pensiones de empleo y la exteriorización de los compromisos por pensiones.

Entre los temas más habituales de consulta hay que señalar los relacionados con aportaciones posteriores a la jubilación, la liquidez y fiscalidad de los planes de pensiones, delimitación de los beneficiarios de derechos y plazos de las movilizaciones.

Asimismo, durante el año 2007, se **resolvieron** un total de 174 expedientes, los cuales se iniciaron tanto en el año 2007 como en el año anterior. De éstos, 20 son reclamaciones de planes de pensiones de empleo y 154 son consultas.

4. MEDIACIÓN

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

4.1. Expedientes iniciados durante el año

CUADRO XVII.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	3	1	4
Febrero	2	4	6
Marzo	3	2	5
Abril	2	1	3
Mayo	1	0	1
Junio	3	2	5
Julio	3	4	7
Agosto	0	1	1
Septiembre	1	0	1
Octubre	3	1	4
Noviembre	6	2	8
Diciembre	1	2	3
TOTAL 2007	28	20	48
TOTAL 2006	16	12	28

El número de reclamaciones motivadas por la actuación de los corredores y corredurías de seguros ha aumentado en el año 2007. En concreto se han presentado un total de 48 reclamaciones frente a las 28 iniciadas durante el 2006, por lo que se ha producido un incremento del 71%, aunque en valores absolutos esta cifra es residual respecto a la actividad global del Servicio de Reclamaciones.

Del total de 48 reclamaciones presentadas, 28 dieron lugar al inicio de un procedimiento de reclamación, mientras que un total de 20 no fueron admitidas por no haber cumplido los requisitos establecidos por la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, de presentación de las reclamaciones previamente ante los departamentos o servicios de atención al cliente del corredor o correduría de seguros o en su caso ante el defensor del cliente nombrado por éstos.

4.2. Motivos de reclamación

CUADRO XVIII.
RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN RESUELTAS DURANTE 2007
CLASIFICADAS POR ASUNTOS.

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	11	44,00
Depositario de cantidades monetarias. El mediador recibe del cliente cantidades en concepto de pago de prima o de la aseguradora para pagar siniestros y estas no llegan a su destinatario.	4	16,00
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	4	16,00
Mediadores que se extralimitan de las funciones otorgadas o del número de entidades para las que pueden trabajar.	2	8,00
Otros motivos.	4	16,00
TOTAL 2007	25	100,00

El cuadro anterior ofrece información sobre el número total de reclamaciones **resueltas** por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2007 clasificadas por asuntos.

Como se observa, la causa más habitual de reclamación frente a este tipo de mediadores de seguros es la deficiente asistencia recibida cuando se produce el siniestro. De acuerdo con la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados, los corredores de seguros están obligados durante toda la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a prestar, en caso de siniestro, su asistencia y asesoramiento, debiendo realizar todas las gestiones que sean necesarias para conseguir la cobertura del siniestro de acuerdo con lo estipulado en la póliza.

Asimismo, se han tramitado durante el año 2007 un total de 4 reclamaciones frente a mediadores de seguros que recibieron del cliente cantidades en concepto de pago de la prima o de la aseguradora para el pago del siniestro y no las hicieron llegar a su destinatario final. En este punto conviene recordar que los pagos de primas efectuados al corredor o correduría de seguros no se entienden realizados a la entidad aseguradora, salvo que, a cambio, éstos entreguen al tomador del seguro el recibo de prima de la entidad aseguradora.

Igualmente se han recibido 4 reclamaciones cuyo motivo era la incorrecta, confusa o incompleta información recibida sobre el condicionado de la póliza por parte de los corredores. En estos casos el tomador o asegurado cree, debido a la mala información suministrada en el momento de la comercialización, que la póliza incluye una serie de coberturas que posteriormente, con carácter general en el momento del siniestro, comprueba que no se han contratado.

Por último, se han resuelto dos reclamaciones en las que el corredor se extralimita en las funciones que le otorga la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados, llegando incluso a rechazar la cobertura del siniestro.

CUADRO XIX.
CORREDORES Y CORREDURÍAS DE SEGUROS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES
INICIADAS EN EL AÑO 2007

MEDIADORES	NÚMERO	%
SOCIEDAD DE PREVISION BANCARIA IBERICA, CORREDURIA DE SEGUROS, S.A.	9	32,14
AMV HISPANIA CORREDURIA DE SEGUROS S.L.	3	10,71
R.A.C.C. CORREDURIA DE SEGUROS, S.A. VINCULADA CON UNIVERSAL ASISTENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	3	10,71

En este cuadro se recogen las tres corredurías con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el 2007.

Destaca el número de reclamaciones frente a la *Sociedad de Previsión Bancaria Ibérica, Correduría de Seguros, S.A.*, que representa un 32,14% del total de reclamaciones recibidas en este Servicio frente a este tipo de mediadores. Esta correduría intermedia, a través de tiendas de telefonía móvil, seguros de reparación del terminal. En estos supuestos se observan graves defectos en la comercialización del seguro, pues generalmente el cliente firma un boletín de adhesión en el que sólo aparece el nombre de la correduría, sin que tenga conocimiento de quién es la entidad aseguradora que cubre el riesgo. Así en caso de siniestro, es la propia correduría la que rechaza el pago de la prestación, realizando funciones prohibidas a los mediadores en la Ley de mediación de seguros y reaseguros privados, propias de la entidad aseguradora. Además, en el momento en que el comprador del móvil se adhiere como asegurado al seguro colectivo suscrito entre el distribuidor del teléfono y la entidad aseguradora, no se le facilitan las condiciones generales del contrato y, por tanto, desconoce realmente cuáles son los riesgos realmente cubiertos y las exclusiones aplicables.

5. COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO

CUADRO XX.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN 2007.

Período	Reclamaciones de Comercialización	Reclamaciones de Comercialización no admitidas	TOTAL
Enero	19	1	20
Febrero	16	2	18
Marzo	18	1	19
Abril	13	7	20
Mayo	9	4	13
Junio	11	3	14
Julio	8	0	8
Agosto	5	2	7
Septiembre	20	2	22
Octubre	22	4	26
Noviembre	17	3	20
Diciembre	8	2	10
TOTAL 2007	166	31	197
TOTAL 2006	58	20	78

Este cuadro recoge el número total de reclamaciones iniciadas en el año 2007 relativas a la comercialización de seguros y de planes de pensiones por parte de las entidades de crédito.

Normalmente estas reclamaciones tienen como objeto la comercialización de seguros de vida y planes de pensiones, que son los productos de seguro-ahorro más vendidos a través de entidades de crédito.

Se observa en el cuadro que el número de reclamaciones en materia de comercialización ha experimentado un aumento significativo en el año 2007, pasando de 78 a 197, lo que supone un incremento del 152,56%. Además, se aprecia que el número de reclamaciones admitidas representa casi el 85% del total, mientras que el de no admitidas, por no cumplir el requisito de haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por la entidad, es aproximadamente de un 15%, siendo éste el porcentaje más bajo de reclamaciones no admitidas con respecto a las cifras del resto de materias.

CUADRO XXI.
RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACIÓN RESUELTAS DURANTE 2007 CLASIFICADAS POR ASUNTOS.

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Falta de información en el seguro de vida; en especial el rescate	70	63,06
Errores en la formalización del contrato	13	11,71
Falta de información sobre coberturas contratadas	11	9,91
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	4	3,60
Declaración de riesgo al firmar el contrato	2	1,80
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	2	1,80
Falta de información en el seguro de crédito	2	1,80
Otros motivos	7	6,31
TOTAL 2007	111	100,00

Los datos reflejados en el cuadro anterior muestran la totalidad de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en el año 2007 en materia de comercialización de seguros y planes de pensiones por entidades de crédito.

Se observa que el principal motivo de reclamación frente a las entidades de crédito es la deficiente o a veces nula información sobre las características del producto comercializado. En ocasiones, se trata de temas tan trascendentales como la indisponibilidad de las aportaciones a los planes de pensiones y el desconocimiento de que se está contratando un seguro y no un depósito bancario y, por tanto, aunque existe derecho de rescate, no puede recuperarse en cualquier momento la prima aportada.

La información ofrecida en el momento de la comercialización, fundamentalmente en los seguros de vida, es de capital importancia, pues los clientes acuden a una entidad de crédito y no a una entidad aseguradora, por lo que, en muchos casos ignoran que están contratando un seguro y no un depósito o cualquier otro producto de ahorro. Dada la relación de confianza que el cliente establece con el personal de la entidad de crédito, es muy importante que, a la hora de comercializar seguros o planes de pensiones, se tengan en cuenta las características y el perfil del interesado en la contratación para poder ofrecerle aquellos productos que mejor se ajusten a sus necesidades.

El ofrecimiento de una información clara y comprensible para el cliente antes, durante y tras la contratación de los distintos productos sigue siendo una asignatura pendiente para muchas entidades comercializadoras y uno de los motivos que generan un mayor número de reclamaciones frente a las mismas.

Deben destacarse también las reclamaciones recibidas por errores en la formalización del contrato, principalmente se han observado errores relativos a la diferencia entre las coberturas inicialmente solicitadas y los riesgos efectivamente cubiertos. Asimismo, se han presentado reclamaciones sobre seguros de hogar comercializados por las entidades de crédito en el que se fija como suma asegurada el valor de tasación incluyendo el valor del suelo, elemento no asegurable por naturaleza.

CUADRO XXII.
ENTIDADES DE CRÉDITO CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN EL AÑO 2007.

NOMBRE DEL BANCO	NÚMERO	%
CAJA DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD DE MADRID	38	22,89
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S.A.	15	9,04
BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO S.A.	13	7,83
CAJA GENERAL DE AHORROS DE GRANADA	11	6,63

En este cuadro se recogen las cuatro entidades bancarias con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2007, que acumulan el 46,39% de las reclamaciones de este tipo.

El primer lugar lo ocupa *Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid*, cuyo número total de reclamaciones representa el 22,89%. Le siguen, en cuanto al número de reclamaciones, el *Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, S.A.*, el *Banco Santander Central Hispano, S.A.* y la *Caja General de Ahorros de Granada*, representando la suma de éstas un 23,49% del total de reclamaciones, que como se observa, es similar al porcentaje que representan las de la primera entidad.

La mayoría de las reclamaciones iniciadas frente a estas entidades son relativas a la comercialización de un producto muy extendido en el mercado, los denominados comercialmente "Renta Inversión" a los que ya se hizo referencia anteriormente. En su comercialización por estas entidades se observan deficiencias en la información ofrecida a sus clientes, pues habitualmente no entienden que el producto contratado es un seguro de vida y no un depósito y cuando intentan recuperar su dinero, se encuentran con importantes pérdidas y gastos respecto a la prima inicial que aportaron.

6. UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

La Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones proporciona asesoramiento e información en materia de seguros y planes de pensiones, tanto de forma presencial a los ciudadanos que diariamente se dirigen a este Servicio, como telefónicamente.

Los cuadros que se muestran a continuación resumen la actividad realizada por esta Unidad durante el año 2007.

CUADRO XXIII.
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO
DURANTE EL AÑO 2007.

Tipo	Nº de Consultas
Telefónico	10.378
Presenciales	1.170
TOTAL 2007	11.548

Las consultas telefónicas atendidas durante el año 2007 se elevaron a 10.378 y las visitas a 1.170. Estas cifras son ligeramente inferiores a las del año anterior, disminuyendo en mayor medida las visitas presenciales.

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

RAMO	Porcentaje
Seguro de automóviles	46,97
Multirriesgos	24,81
Vida	10,52
Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)	6,66
Decesos	3,25
Responsabilidad civil general	3,03
Asistencia	1,62
Accidentes	1,60
Defensa Jurídica	1,10
Otros	0,46
TOTAL	100,00

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.

Como puede observarse del total de consultas recibidas, casi el 47% se referían al seguro de **auto-móviles**. En este ramo, como en años anteriores, una de las consultas que frecuentemente realizan los perjudicados en accidentes de circulación se refiere a la validez de las actuaciones realizadas por sus propias entidades, las cuales les indemnizan en virtud de los convenios que tienen suscritos con la entidad aseguradora del culpable. Este hecho en muchas ocasiones perjudica los derechos de sus propios asegurados, al aplicarles límites establecidos en sus propios contratos, informando la Unidad de Atención al Público que esta actuación es contraria a la normativa sobre el contrato de seguro y constituye una mala práctica.

Las consultas en materia de seguros **multirriesgos** del hogar y de las comunidades de propietarios han alcanzado un porcentaje del 24,81%. En este tipo de seguros son frecuentes las preguntas sobre cómo actuar ante las deficiencias que se dan en la reparación de los siniestros y las averías por los profesionales contratados por la entidad aseguradora. Además se plantea si es correcto que, cuando es difícil determinar la causa de la avería, los peritos de las compañías se remitan a la otra parte, de forma que ninguna compañía asuma la reparación. En este caso se informa que generalmente las pólizas incluyen la cobertura de búsqueda de la causa de la avería, por lo que la entidad debe determinar el origen del siniestro y, en su caso, reclamar al culpable.

En el ramo de **vida** el porcentaje de consultas ascendió al 10,52%. Las consultas en este ramo se refieren habitualmente a las características de los productos contratados y a sus derechos como titulares de estos contratos, poniendo en evidencia la deficiente información recibida en el momento de la suscripción.

En el ramo de **enfermedad** las consultas representan un 6,66% del total, mientras que en el resto de ramos las consultas recibidas representan el 11,04%.

Además es necesario indicar que los ciudadanos, tras solicitar información sobre su problema concreto, también requieren información sobre los requisitos y el procedimiento a seguir para presentar una reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y sobre las distintas instancias existentes en las compañías aseguradoras en caso de conflicto, cuestiones sobre las que son informados por esta Unidad.

CAPÍTULO III

EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS

Al igual que en años anteriores en este capítulo se recoge una selección de casos tramitados por el Servicio de Reclamaciones, durante el año 2007, que por su complejidad, las circunstancias planteadas o la reiteración de los temas reclamados han suscitado mayor interés.

Este capítulo ha tenido en los informes anuales anteriores una gran aceptación, ya que permite conocer el criterio del Servicio de Reclamaciones ante supuestos que presentan especiales dificultades o que por su trascendencia es importante destacar.

La selección de informes publicados en 2007 muestra que un gran número de reclamaciones se origina por falta de información a los ciudadanos en el momento de la contratación, observándose especialmente esta circunstancia en los expedientes relacionados con seguros de vida. Por ello se resalta la importancia de que todos los agentes que participen en el sector asegurador y de los planes y fondos de pensiones deben ofrecer una información veraz, clara y suficiente en el momento de la contratación.

Con la finalidad de facilitar el conocimiento de los supuestos concretos publicados por el Servicio de Reclamaciones cada año, a continuación se ofrece una relación de cuadros con la totalidad de casos incluidos tanto en el informe del año 2007, como en informes de años anteriores.

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

CUADRO XXV.
RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2004.

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

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2005.

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

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2006.

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos 2. Falta de claridad y precisión en la redacción de los contratos 3. Negativa de la compañía a modificar la designación de asegurado en un seguro de vida 4. Obligación impuesta por las compañías de contratar otros productos con el seguro que se pretende suscribir 5. Inexacta declaración del estado de salud en un seguro de vida. 6. Información relativa a valores de rescate en seguros de vida 7. Denegación de cobertura por falta de conservación de la pieza dañada. 8. Imposición de una prima única en la contratación de un seguro de vida ligado a un préstamo hipotecario. 9. Denegación de cobertura de los accesorios de un vehículo. 10. Gastos realizados para aminorar las consecuencias del siniestro. (Similar al caso 5/2005 del informe del año 2005) 11. Publicidad sobre interés garantizado.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"> 12. Errores de la entidad 13. Negativa de la entidad a hacer efectivos los derechos consolidados del partícipe 14. Falta de información debida. 15. Contratación de un plan de pensiones por una persona jubilada
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 16. Asesoramiento incorrecto 17. No devolución por la correduría de las cantidades entregadas por un cliente tras haber decidido éste cambiar de corredor 18. Irregularidades en la actuación de un corredor en el ejercicio de su actividad.
COMERCIALIZACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 19. Malas prácticas en la comercialización de un plan de pensiones.

RELACIÓN DE EXPEDIENTES DE ESPECIAL INTERÉS PUBLICADOS EN EL AÑO 2007.

SEGUROS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque este figuraba como conductor esporádico. 2. Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles. 3. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación. 4. Falta de defensa de los intereses del reclamante. 5. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete. 6. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar. 7. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo. 8. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores. 9. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida. 10. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida. 11. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate. 12. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida. 13. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria. 14. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.
PLANES DE PENSIONES
<ol style="list-style-type: none"> 15. Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar. 16. Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.
MEDIACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 17. Denegación del siniestro por un corredor. 18. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.
COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CREDITO
<ol style="list-style-type: none"> 19. Falta de información relativa al producto contratado. 20. Comercialización de un seguro de protección de pago y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario. 21. Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado. 22. No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones. 23. Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.

1. SEGUROS

TIPO SEGURO:
Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA:
Bilbao Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:
La entidad aseguradora pagó el 62% del importe de los daños alegando que en la póliza no figuraba la copropiedad del vehículo. Sin embargo, en la póliza se identificó al copropietario como conductor esporádico a efectos del cálculo de primas.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio fue considerar que la entidad pudo valorar adecuadamente el riesgo, sin que el hecho de la propiedad del vehículo guardase relación con el importe de la prima a abonar y por lo tanto se consideró un incumplimiento del artículo 18 de LCS.

1/2007. Reducción proporcional de la indemnización del siniestro por no declarar en la póliza al copropietario del vehículo aunque éste figuraba como conductor esporádico.

El reclamante puso de manifiesto que la entidad aseguradora, alegando el desconocimiento de la copropiedad del vehículo, no le pagó el importe total de los daños ocasionados en su automóvil por un siniestro, sino únicamente el 62%. El reclamante indicaba, que aunque sólo aparecía una persona declarada como propietario, la aseguradora conocía la existencia de conductores esporádicos.

La entidad exponía que el coche era propiedad de dos personas no habiéndose indicado tal extremo en la póliza, aunque la otra persona sí aparecía designada en el contrato como conductor esporádico. Para la entidad, este hecho era relevante a efectos del cálculo de la prima, alegando que no resulta indiferente que el propietario sea una persona o varias. Por esta razón, justificaba la aplicación de la regla proporcional al pago del siniestro, porque la prima que habría tenido que pagarse resultaría superior.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si bien era cierto que en la póliza únicamente aparecía el reclamante como tomador, propietario y conductor, también se había señalado como conductor esporádico, a efectos del cálculo de prima, al otro propietario, por lo que la entidad pudo valorar adecuadamente el riesgo, sin que el hecho de la propiedad guardase relación con el importe de la prima a abonar a efectos de valoración del riesgo y por lo tanto había existido un incumplimiento del artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, al no haberse abonado la totalidad de la indemnización.

TIPO SEGURO:
Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA:
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija.

ASUNTO:
La aseguradora sostiene que los derechos y obligaciones del seguro obligatorio del coche vendido los mantiene el titular originario del coche.

INFORME FINAL:
El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad aseguradora había incumplido el artículo 34 de la LCS y lo dispuesto en las condiciones generales.

2/2007. Pérdida de la bonificación en la prima por incorrecta interpretación de la transmisión de los derechos y obligaciones de una póliza de seguro de vehículos terrestres automóviles.

El reclamante, tomador de un seguro de automóvil, declaró que después de transmitir la titularidad de su antiguo vehículo y realizar un suplemento de seguro motivado por un cambio de coche, la aseguradora le deduce la bonificación que venía aplicándole en la prima como consecuencia de un siniestro ocurrido con posterioridad a la venta de su antiguo vehículo y del que es responsable su nuevo adquirente.

En este supuesto los fundamentos de derecho residían en el artículo 34 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que establece que *"en caso de transmisión del objeto asegurado, el adquirente se subroga en el momento de la enajenación en los derechos y obligaciones que correspondían en el contrato de seguro al anterior titular. Se exceptúa el supuesto de pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario"*. En este caso concreto, este pacto en contrario se contenía en el artículo 11 de las condiciones generales de la póliza, la cual establecía que la cobertura de los riesgos no obligatorios despliega sus efectos sobre el nuevo vehículo del primer propietario.

En virtud de lo anterior, los únicos derechos y obligaciones que se transmiten con la venta son los derivados del seguro de responsabilidad civil obligatoria y como el siniestro debía enmarcarse dentro de esta garantía, no cabía imputarlo al transmitente, sino al nuevo adquirente.

Por lo expuesto, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad había incumplido el artículo 34 de la Ley de Contrato de Seguro y el artículo 11 de las condiciones generales de la póliza.

TIPO SEGURO:
Responsabilidad Civil Vehículos.

ENTIDAD RECLAMADA:
Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:
La aseguradora condiciona la cobertura derivada de la garantía de responsabilidad civil a la presentación de la factura que acredite el gasto realizado.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones resalta la especial importancia de no exigir indebidamente al tercero perjudicado, como presupuesto para satisfacer la indemnización, la presentación de una factura que acredite la reparación.

3/2007. Denegación de cobertura por no presentar la factura de reparación.

La reclamante manifestó que tras sufrir un accidente de circulación del que resultó responsable el conductor del vehículo contrario, solicitó a la entidad aseguradora del causante del accidente la indemnización por los daños y perjuicios sufridos.

La entidad aseguradora condicionó el abono de la indemnización a la presentación de la factura de la reparación, esto es, a la "imprescindible acreditación de que el importe ha sido destinado a la reparación del daño sufrido en el vehículo y no a cualesquiera otros fines que, en definitiva, supondrían en enriquecimiento injusto".

El Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, dispone en su artículo 7 que *"el asegurador, dentro del ámbito del aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de **satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes.** El perjudicado, o sus herederos, tendrán acción directa para exigirlo."*

En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la entidad aseguradora tenía la obligación de satisfacer al reclamante la indemnización derivada de los daños y perjuicios, sin que pudiese condicionar su cumplimiento a la previa reparación del vehículo y, por tanto, a la presentación de la factura que acredite el gasto realizado, ya que la obligación en este supuesto deriva de la garantía de responsabilidad civil obligatoria, no de la de daños propios y por tanto habría existido un incumplimiento del artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

TIPO SEGURO:
Defensa Jurídica Vehículos

ENTIDAD RECLAMADA:
Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija.

ASUNTO:
El reclamante tenía contratado un seguro de Defensa Jurídica junto con el seguro de automóviles y la entidad no le informó de los derechos que le asistían en virtud de este seguro.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había vulnerado el artículo 76. f) LCS y el artículo 72.6 de las condiciones generales de la póliza.

4/2007. Falta de defensa de los intereses del reclamante.

El reclamante sufrió un siniestro causado por otro vehículo asegurado en su misma entidad.

En un primer momento la entidad ofreció al reclamante una cantidad como indemnización por las lesiones sufridas, la cual no fue aceptada.

A pesar de tener contratada la cobertura de reclamación de daños, la entidad no le informó de la existencia de conflicto de intereses, ya que ambas partes implicadas en el accidente estaban aseguradas en la entidad reclamada, ni de la facultad de elegir libremente abogado y procurador.

Posteriormente, en el juicio seguido con ocasión del siniestro, el abogado de la entidad, actuando en defensa de la otra parte, pactó sin consentimiento del reclamante una indemnización por lesiones menor a la inicialmente ofrecida.

El párrafo segundo del artículo 76 f) de la Ley de Contrato de Seguro establece para el seguro de defensa jurídica que, en caso de conflicto de intereses, *"el asegurador deberá informar inmediatamente al asegurado de la facultad que le compete de ejercitar los derechos a que se refieren los dos artículos anteriores"*, es decir, a elegir libremente abogado y procurador y a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el asegurador sobre el contrato de seguro. Asimismo, el artículo 72.6 de las condiciones generales de la póliza establece que, *"de producirse un posible conflicto de intereses entre las partes, el asegurador comunicará tal circunstancia al asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación del abogado o procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses, conforme a la libertad de elección reconocida en este artículo, siendo a cargo del asegurador hasta el límite pactado"*.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que se había producido, por parte de la aseguradora, una falta de defensa de los intereses del reclamante y, en consecuencia, un incumplimiento del artículo 76. f) de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y del artículo 72.6 de las condiciones generales de la póliza.

TIPO SEGURO:

Asistencia en viaje.

ENTIDAD RECLAMADA:

SOS Seguros y Reaseguros, S.A.

ASUNTO:

La aseguradora deniega la cobertura de una garantía de cancelación de viaje alegando que, la emisión física del billete no implica su confirmación, hecho que se produce cuando el pasajero se presenta a facturación.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que de acuerdo con el tenor literal de la póliza el siniestro debía ser objeto de cobertura.

5/2007. Denegación de la garantía de cancelación de viaje por falta de confirmación del billete.

El reclamante, por razón de su condición de titular de una tarjeta de crédito emitida por una entidad bancaria, tenía la condición de asegurado en una póliza colectiva de asistencia en viaje emitida por la entidad aseguradora SOS. El siniestro objeto de la reclamación se produjo con motivo de haberse cancelado un vuelo de Air Madrid, por lo que solicitó a la entidad aseguradora los gastos de cancelación del viaje.

La entidad rehusó la cobertura del siniestro alegando que únicamente opera la garantía de cancelación de viaje establecida en la póliza en el caso de que los billetes se encuentren confirmados, hecho que se produce únicamente en el momento de la facturación, es decir, cuando la reserva está confirmada. La entidad fundamenta esta manifestación en el Reglamento 261/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas comunes sobre compensación y asistencia a los pasajeros aéreos en caso de denegación de embarque y de cancelación o gran retraso de los vuelos. Esta norma en su artículo 2, define billete y reserva en los siguientes términos: *billete, todo documento válido que dé derecho al transporte, o su equivalente en forma no impresa, incluida la electrónica, expedido o autorizado por el transportista aéreo o por su agente autorizado; reserva, el hecho de que el pasajero disponga de un billete o de otra prueba que demuestre que la reserva ha sido aceptada y registrada por el transportista aéreo o el operador turístico.*

El contrato de seguro es un contrato de carácter voluntario que se rige por las condiciones generales y particulares integrantes del mismo, por lo tanto habrá que atender a lo dispuesto en la póliza para determinar la cobertura del siniestro. La póliza de seguro regula la garantía de cancelación de viaje en los siguientes términos: *"si se produjera la cancelación efectiva del viaje del asegurado con billete confirmado el asegurador satisfará la indemnización de 301 €. A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del asegurado en el medio contratado con al menos doce horas de diferencia o que medie una noche aunque no supere dichas horas respecto al horario de salida inicialmente previsto".*

La definición de la garantía de cancelación de viaje no define qué se entiende por billete confirmado, por lo que la entidad no puede equiparlo unilateralmente a los términos de billete y reserva definidos en el Reglamento anteriormente citado.

En virtud de lo anterior, el Servicio de Reclamaciones consideró que el siniestro, la cancelación del vuelo, estaba cubierto por la póliza y en consecuencia, la entidad debería indemnizar al reclamante por el importe equivalente a la cuantía estipulada en la póliza en virtud del contrato celebrado.

TIPO SEGURO:
Multirriesgo de hogar

ENTIDAD RECLAMADA:
Winterthur Seguros Generales.
(actualmente AXA Seguros
Generales)

ASUNTO:
La entidad aseguradora, tras realizar las peritaciones necesarias para determinar el siniestro, no comunicó al asegurado el rechazo ni reparó los desperfectos ocasionados por el perito de la compañía.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró la actuación de la entidad contraria a las buenas prácticas y usos financieros.

6/2007. Malas prácticas en la tramitación de un siniestro de hogar.

El reclamante, como consecuencia de fuertes lluvias, sufrió un siniestro en su vivienda consistente en humedades en paredes y parquet. El técnico enviado por la entidad aseguradora para proceder a la reparación de los daños, en la primera visita, arrancó 3 metros del rodapié de la vivienda, llevándose un trozo del mismo como muestra para realizar posteriormente la reparación. Después de estas actuaciones, la entidad aseguradora no volvió a ponerse en contacto con su asegurado, por lo que éste ordenó por su cuenta la reparación y envió las facturas a la entidad, sin contestación alguna por ésta.

La entidad aseguradora alegaba que los daños se debían a filtraciones por agua de lluvia las cuales se encontraban expresamente excluidas de cobertura, por lo que rehusaba el pago del siniestro.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar contraria a las buenas prácticas y usos financieros que han de regir en el ámbito asegurador la actuación de la entidad aseguradora, ya que si bien del informe pericial encargado por la compañía se desprendía que el siniestro no estaba cubierto, lo cierto era que Winterthur había incumplido su deber de comunicar al asegurado el rechazo del siniestro, observándose una pasividad en su actuación. Asimismo, se requirió a la entidad aseguradora para que repusiese el rodapié levantado y dañado por la actuación de su reparador o bien llegase a un acuerdo indemnizatorio con su asegurado sobre los daños causados.

TIPO SEGURO:
Enfermedad

ENTIDAD RECLAMADA:
Unicorp Vida, Cia de Seguros
y Reaseguros S.A.

ASUNTO:
La aseguradora deniega la cobertura de la prestación por incapacidad permanente al comprobar la inexactitud de la declaración del riesgo, la actuación del asegurado contraria a la finalidad del artículo 10 LCS y a la buena fe contractual en general.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que la entidad con su actuación se había ajustado a lo dispuesto en el artículo 10 de la LCS.

7/2007. Denegación de cobertura por inexacta declaración del riesgo.

El reclamante manifestó que era titular de un seguro de protección de préstamos, entre cuyas coberturas se encontraba la prestación por incapacidad permanente absoluta. Tras una sentencia de un Juzgado de lo Social, le declararon la incapacidad permanente absoluta por lo que solicitó la prestación correspondiente a la entidad aseguradora.

La entidad aseguradora denegó la prestación alegando una inexacta declaración del riesgo, por padecer enfermedades anteriores a la fecha del contrato, no declaradas en el cuestionario a que fue sometido el reclamante y que de haberlas conocido no habría aceptado el riesgo.

El reclamante, en la contestación a las alegaciones presentadas por la entidad, niega haber contestado al cuestionario que le presentaron y aporta un documento "firmado" por el director de la sucursal bancaria donde contrató el seguro, en el que se afirma que el asegurado no rellenó el cuestionario, sino que fue el propio director de la sucursal y que en ningún momento el asegurado engañó a la entidad.

Al expediente se aportan los siguientes documentos:

- Sentencia del Juzgado de lo Social por la que se declaró la incapacidad permanente absoluta por padecer el reclamante determinadas dolencias, algunas de las cuales se señala que son del año 1990 y 2001.
- Resolución de marzo de 2002 del INSS por la cual se le deniega la incapacidad permanente absoluta, solicitada por el reclamante.
- Cuestionario de salud debidamente rellenado y firmado por el tomador del seguro en el que contesta negativamente a las cuestiones planteadas acerca de enfermedades, dolencias o padecimientos, concluyendo que tiene un buen estado de salud, en fecha 10 de septiembre de 2003, momento de suscripción del contrato.

En la documentación aportada al expediente se ponía de manifiesto que el asegurado ocultó que padecía con anterioridad a la firma del contrato, dolencias y patologías en su salud, apreciándose una conducta contraria a la finalidad del artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y a la buena fe contractual, por dos razones. En primer lugar, por la literalidad de las respuestas a la preguntas realizadas en el cuestionario, que se contradicen con la realidad de su salud; dicha circunstancia es fácilmente contrastable, al comparar las respuestas dadas y los antecedentes personales previos. En segundo lugar, porque antes de contratar el seguro, ya había solicitado la declaración de incapacidad permanente, siendo ésta denegada por el INSS.

En cuanto al documento exculpatorio firmado por el director de la sucursal, cabe señalar que en él se recoge que el asegurado no rellenó el cuestionario, pero no, que no lo firmara. Asimismo, en el escrito aportado no consta ningún sello de la entidad, ni otro documento que acredite su veracidad, por lo que a los efectos del sentido del informe no podía valorarse.

En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actuación de la entidad aseguradora se ajustó a la normativa reguladora del contrato de seguro.

TIPO SEGURO:
Vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
Cahispa, S.A. de Seguros de Vida.

ASUNTO:
La aseguradora deniega el rescate de un seguro de vida en el que existen dos tomadores, por no concurrir el consentimiento de ambos.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones considera que se trata de un crédito frente a la entidad aseguradora en el que cada tomador podrá solicitar el rescate en la proporción que le corresponda a su derecho.

8/2007. Denegación del rescate íntegro de una póliza de seguro de vida por existencia de varios tomadores.

La reclamante, tomadora de un seguro de vida, solicitó el rescate total de la póliza.

La entidad alegó que la reclamante realizó, con posterioridad a la suscripción del contrato, una modificación del mismo, incluyendo a su esposo también como tomador en la póliza, por lo que al existir dos tomadores, se requiere el consentimiento de ambos para proceder al rescate.

No obstante, ante la negativa de su esposo, incurso en ese momento en un proceso de divorcio con la reclamante, de prestar el consentimiento para proceder al rescate, la aseguradora ofrece la posibilidad de ejercitar el derecho por la parte proporcional que en el crédito corresponda a la reclamante, salvo que el Servicio de Reclamaciones opinase lo contrario.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que regula el derecho de rescate, y los artículos 1.137 y 1.138 del Código Civil, nos encontramos ante un crédito cuya titularidad corresponde a dos tomadores frente a la entidad aseguradora, de manera que, salvo que el crédito se constituya expresamente con carácter solidario, se presumirá dividido en tantas partes como acreedores haya.

En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la reclamante podía solicitar el rescate de la póliza únicamente por la parte del crédito correspondiente a su derecho.

TIPO SEGURO:
Vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
Mapfre Vida S.A.

ASUNTO:
La aseguradora no precisó los métodos de cálculo del valor de rescate.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la actuación de la entidad aseguradora era contraria al artículo 105 del ROSSP y al artículo 3 de la LCS.

9/2007. Falta de rigor informativo sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.

El reclamante suscribió un seguro de vida, modalidad "Seguro Rentas Inversión", en virtud del cual a cambio del pago de una prima única de 50.000 €, la entidad se comprometía al pago de una renta trimestral constante y vitalicia de 311,23 €. Además de la prestación por supervivencia, se garantiza en caso de fallecimiento del asegurado, el abono a los beneficiarios designados del capital indicado en las condiciones particulares.


El reclamante puso de manifiesto que solicitó un producto que le garantizase un interés atractivo, sin riesgo. En enero de 2007, cuando solicitó el importe depositado, fue informado de que el valor de rescate era 45.720,06 €, estando en total desacuerdo con el importe ofrecido, por lo que solicita la devolución de la totalidad de la prima pagada.

La entidad reclamada alegó que el tomador fue informado correctamente de las características de producto que iba a contratar, que se le informó de que las inversiones en las que se materializan las primas habían de ser a largo plazo para poder ofrecer una cobertura adecuada a las prestaciones aseguradas. Afirmaba que se dieron los requisitos esenciales para la validez del contrato: consentimiento del asegurado, objeto cierto y causa de la obligación, que la información facilitada al tomador y que consta en la póliza, cumple los requisitos exigidos por la normativa reguladora del contrato de seguro y que las operaciones de rescate son correctas.

El artículo 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, recoge el deber particular de información en los seguros de vida, y concretamente, dispone que la nota informativa debe contener *"la indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes; en el caso de que éstas no puedan ser establecidas exactamente en el momento de la suscripción, indicación del mecanismo de cálculo así como de los valores mínimos"*. Esta información tiene como finalidad prioritaria, la correcta formación del consentimiento contractual del tomador.

En las condiciones particulares de la póliza contratada constaba una tabla en la que se recogían los valores de rescate en sus importes máximos y al pie de esta página se establecía que *"el valor de rescate no podrá ser superior al de realización de los activos asignados recogidos en la póliza, por lo que los valores arriba indicados serían los máximos a percibir a partir de las fechas de referencia de cada uno de ellos. El valor de realización de los activos asignados a la póliza depende de la evolución de los mercados financieros, ajenos al control de la aseguradora"*.

Por lo expuesto, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había incumplido lo dispuesto en el artículo 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y en el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, ya que, estando limitado el valor de rescate por el valor de realización de los activos asignados en la póliza, no se especificaba la forma de cálculo de dicho valor.



Asimismo, en el informe se señaló que la actuación de la oficina comercializadora, en el momento de la contratación, no se adecuó a las buenas prácticas que deben regir en el sector financiero, en especial, a los deberes elementales de información que han de proporcionarse a los clientes, lo que pudo inducir al reclamante a adoptar decisiones contrarias a sus objetivos y necesidades económicas. En este sentido, se recordó a la entidad aseguradora el deber de velar por que la información suministrada por sus agentes, previa a la decisión de suscribir uno u otro producto, sea suficientemente amplia y detallada especialmente en los aspectos menos favorables de los productos a contratar.

TIPO SEGURO:
Vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
BBVA Seguros.

ASUNTO:
La aseguradora no precisa los métodos de cálculo del valor de rescate.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la actuación de la entidad aseguradora era contraria al artículo 105 del ROSSP y al artículo 3 de la LCS.

10/2007. Falta de claridad y precisión sobre el método de cálculo del valor de rescate en un seguro de vida.

El reclamante, actuando en representación de sus padres, manifiesta en su escrito que éstos acudieron a una sucursal de BBVA para invertir un dinero. El director de la sucursal les comentó que había un producto que producía un interés del 3,10% anual y que el dinero era "a la vista", pudiendo hacer uso del mismo en cualquier momento, por lo que decidieron suscribir dos contratos, a nombre de cada uno de ellos, invirtiendo un total de 472.640 € en el producto ofertado.

Un año después, acudieron a la sucursal para recuperar el dinero y el director les informó que no iba a poder recuperarse salvo con una penalización aproximada de 30.000 € en total.

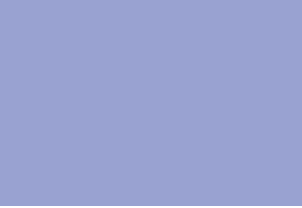
El reclamante alega, que si sus padres hubieran conocido los detalles de la operación, no la habrían realizado. Asimismo manifiesta que no discute que existan unos contratos firmados, pero considera que ha habido un clarísimo abuso de confianza por parte del director de la sucursal con dos personas de edad avanzada, debido a la falta de información, por lo que solicita la devolución de la inversión.

La entidad manifestó que, ante la reclamación de sus clientes solicitando la devolución íntegra de las primas, el Defensor del Cliente de la entidad inicialmente indicó que atendiendo a razones comerciales, se llegara a un acuerdo, aunque éstos no aceptaron ninguno. Asimismo alegó que la oficina donde se contrató el producto, indicó que informó adecuadamente a los clientes de todas las condiciones del seguro, que la documentación contractual estaba firmada y que en ella se encontraba toda la información relativa al producto. Además manifestó que si no estaban de acuerdo con el contrato suscrito podrían haber ejercitado el derecho de resolución establecido en la póliza y no lo hicieron, por lo que desestimó la solicitud de devolución de las cantidades invertidas.

El contrato suscrito es un seguro de vida en el que la entidad se obliga a pagar al beneficiario una renta vitalicia, pagadera mensualmente por períodos vencidos, durante el tiempo que medie hasta el fallecimiento del asegurado por el importe especificado en las condiciones particulares, así como un capital en caso de fallecimiento.

En el supuesto planteado se encuentran aceptadas las condiciones particulares y generales por los tomadores del seguro con sus firmas. Asimismo, suscriben expresamente en dichas condiciones haber recibido la nota informativa previa del seguro y así conocer y aceptar el mismo. En la nota informativa y en las condiciones generales de la póliza se reconoce el derecho de rescate, el cual se define como la provisión matemática menos el coste de desinversión, siendo el coste de desinversión "el resultado de multiplicar el importe de la prima aportada por la diferencia entre el precio ex cupón del activo de referencia, calculado el día del rescate, tomando la TIR del momento del contratación y el precio ex cupón del activo de referencia con la TIR del día hábil anterior a la fecha en que se solicitó el rescate".

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la cláusula por la que se establecen los gastos aplicables al seguro en caso de rescate no



se ajustaba a los requisitos establecidos en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, ya que, si bien no pueden fijarse tablas de rescate por depender su valor del precio de los activos de referencia, en este caso, obligaciones del Estado, la forma de cálculo que se detalla en la póliza no establece la definición de la TIR, elemento esencial dentro de la definición que el contrato hace del "coste de desinversión".

TIPO SEGURO:
Vida

ENTIDAD RECLAMADA:
Aseguradora Valenciana de Seguros y Reaseguros, Aseval.

ASUNTO:
La aseguradora no precisa en el contrato de seguro los activos financieros a los que se vinculan las prestaciones en caso de ejercicio del derecho de rescate.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 105 del ROSSP y el artículo 3 de la LCS.

11/2007. Falta de rigor informativo en relación con los activos a los que se vinculan las prestaciones para el ejercicio del derecho de rescate.

El reclamante contrató un seguro de vida a prima única con la posibilidad de rescatarlo en cualquier momento.

Posteriormente, cuando solicitó el rescate le devuelven un importe inferior a la prima única aportada, por lo que denuncia la falta de rigor informativo en el momento de la contratación sobre el valor de rescate de la inversión, lo que le ha originado graves perjuicios patrimoniales. No pone en duda la legalidad del contrato sino la carencia de información de datos esenciales sobre el producto contratado.

La entidad alegó que el producto contratado es una Renta Vitalicia y como su propio nombre indica se contrata a largo plazo y por lo tanto no es adecuado para invertir a corto plazo, ya que su rescate anticipado puede ocasionar pérdidas al tener que acudir, en ese caso, a los precios de mercado para poder recuperar la inversión.

El contrato de seguro suscrito dispone que la entidad se obliga a pagar al beneficiario una renta mensual inmediata vitalicia, pagadera por períodos vencidos, durante el tiempo que medie hasta el fallecimiento del asegurado, cuyo importe se especifica en las condiciones particulares, así como un capital en caso de fallecimiento.

El derecho de rescate total, contemplado en las condiciones particulares, que fueron firmadas por el reclamante, como tomador del seguro, establece que *"será el valor del mercado de la inversión vinculada según se define en las condiciones generales"*

Las condiciones generales disponen que el valor de rescate total *se fijará en función del valor de mercado de la inversión vinculada a la fecha de aceptación del rescate por la entidad aseguradora sujeto al límite acotado por la menor de las cantidades siguientes:*

- *La provisión matemática a la fecha de aceptación del rescate.*
- *El importe de la prima única.*

En las condiciones particulares de la póliza aportada al expediente, se señala como la inversión vinculada a efectos del cálculo del derecho de rescate **"Depósitos y activos financieros de renta fija"**.

El Servicio de Reclamaciones consideró que la citada definición no precisaba los activos en que se materializan las inversiones, a efectos de que el asegurado pueda conocer el valor de rescate, dejando al arbitrio de la entidad la determinación de los activos afectos, por lo que se considera incumplido el artículo 105.1.h. del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre.

Asimismo, se apreciaba que la redacción del contrato no reunía los requisitos de claridad y precisión requeridos por el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

TIPO SEGURO:
Vida

ENTIDAD RECLAMADA:
Mapfre Vida S.A. de Seguros.

ASUNTO:
La aseguradora determinó en un documento aparte el importe por participación en beneficios futuros en un seguro de vida.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones considera que la entidad aseguradora generó unas expectativas de obtener beneficios que conducían a error, por lo que, en su caso, debería responder frente a los posibles daños y perjuicios que su conducta hubiera podido ocasionar.

12/2007. Cuantificación de la participación en beneficios en un seguro de vida.

La reclamante suscribió en el año 1985 un seguro de vida con participación en beneficios. Llegado el vencimiento, la compañía le ofrece una cantidad que no se corresponde con lo establecido en el momento de la contratación. Solicita que la aseguradora le abone 28.301,66 € en concepto de participación en beneficios, en vez de los 3.135,56 € que le liquida la compañía, por ese concepto. Aporta un documento sellado por Mapfre en el que se establece por "revalorización de beneficios" la cantidad reclamada. Además de manifestar su disconformidad con la cantidad ofrecida, expone que no recibía la información anual que está obligada a enviarle la entidad aseguradora.

La entidad aseguradora alega que ha cumplido en todo momento con lo estipulado en el contrato, pues las condiciones particulares y generales en ningún momento cuantifican el importe de la participación en beneficios. Asimismo, no reconoce validez contractual al documento aportado por la aseguradora. Por otro lado, afirma que cada año remitió a la reclamante información al respecto.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si bien la prestación por participación en beneficios se había calculado conforme a lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la entidad no actuó correctamente al expedir un documento en el que textualmente se determinaba una cantidad, en concreto 28.301,66 €, por este concepto.

Esta actuación se considera contraria a las buenas prácticas y usos financieros respecto a la información clara y precisa que las entidades han de suministrar en el momento de la contratación. Asimismo, el artículo 76.3 el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, dispone que *"en las proposiciones y pólizas de los seguros sobre la vida con participación en beneficios, no podrán establecerse cuantificaciones numéricas de valores basadas en estimaciones de los beneficios futuros a obtener por la entidad"*.

Además, este Servicio consideró que el documento en que se contenía la valoración generó a la aseguradora unas expectativas de obtener beneficios que conducían a error, por lo que la entidad aseguradora debería responder de los daños y perjuicios que hubiera podido ocasionar. No obstante, se señaló que este Servicio no es competente para pronunciarse sobre la cuantificación de los daños y perjuicios, ni para facilitar valoración económica alguna.

TIPO SEGURO:
Enfermedad.

ENTIDAD RECLAMADA:
Aegón Salud, S.A. de Seguros
y Reaseguros.

ASUNTO:
La entidad deniega la cobertura de una intervención quirúrgica alegando que la reclamante padecía una enfermedad contraída con anterioridad a la contratación del seguro.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar lesiva la cláusula que excluye la cobertura de enfermedades preexistentes aún cuando a la fecha de celebración del contrato no se hubiera producido un diagnóstico concreto.

13/2007. Cláusula lesiva en un seguro de asistencia sanitaria.

El reclamante suscribió un seguro de enfermedad con la entidad aseguradora Aegón Salud, en el mes de enero del año 2005. En noviembre del mismo año acudió a un especialista del cuadro médico de la entidad que le recomendó que se sometiese a una intervención quirúrgica, prestación que su aseguradora denegó. En su escrito de reclamación acompañaba un informe del facultativo en el que se detallaba que el paciente no tenía ningún antecedente en relación con su patología.

La entidad reclamada alegaba que la intervención quirúrgica fue rechazada por derivarse de un hecho que no había sido declarado en el cuestionario de salud, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Asimismo, fundamentaba el rehúse del siniestro en la cláusula de la póliza en virtud de la cual *"se excluyen las enfermedades preexistentes y accidentes sufridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas de estos hechos aún cuando a la fecha de celebración del contrato no se hubiera producido un diagnóstico concreto, salvo que el asegurador lo acepte expresamente en las condiciones particulares de la póliza"*

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

En el informe emitido por el Servicio de Reclamaciones se consideraba incumplido por la entidad aseguradora dicho artículo, puesto que no quedaba probado que el asegurado conociera su enfermedad en el momento de cumplimentar el cuestionario de salud y porque la entidad no adjuntaba el citado cuestionario. En la emisión del informe se tuvo en cuenta asimismo que, el diagnóstico de la enfermedad fue posterior al inicio de la vigencia del contrato y que se unía al expediente un informe del facultativo que le atendió en el que se detallaba que el paciente no tenía ningún antecedente en relación con la dolencia diagnosticada.

Por otra parte, el artículo 3 de Ley de Contrato de Seguro, establece en su primer párrafo que las condiciones generales del contrato, en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados.

El Servicio de Reclamaciones también consideró incumplido el citado artículo por entender que la cláusula de la póliza, en la que la entidad fundamentaba el rehúse del siniestro, era lesiva para los asegurados, puesto que en la fecha de celebración del contrato si las enfermedades no han sido diagnosticadas en la mayoría de los casos no pueden ser conocidas por el asegurado.

TIPO SEGURO:

Asistencia sanitaria con cobertura de accidentes.

ENTIDAD RECLAMADA:

Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.

ASUNTO:

La aseguradora rechaza la cobertura del seguro por estar excluida en la póliza la causa del fallecimiento.

INFORME FINAL:

El criterio de este Servicio de Reclamaciones fue considerar que las enfermedades padecidas por el del fallecido no cabía encuadrarlas dentro de la exclusión alegada.

14/2007. Denegación de la cobertura de una póliza de enfermedad.

El asegurado en una póliza de asistencia sanitaria se cayó en una piscina vacía al perder el equilibrio debido a un traspíe cuando manipulaba un plástico. Su familia solicitó una ambulancia en el 112, donde les comentaron que en ese momento estaban todas ocupadas, al existir otros casos de urgencia, por lo que optaron por solicitar el transporte a la entidad reclamada. Ésta les denegó la ambulancia a pesar de la gravedad del paciente, manifestando que ya habían solicitado el servicio al 112, que fue quién finalmente realizó el traslado después de cuatro horas.

El asegurado falleció ese mismo día y el Instituto Anatómico Forense confirmó la causa accidental del fallecimiento.

La reclamante, viuda y beneficiaria de la póliza de enfermedad, solicitó la prestación por fallecimiento en accidente del asegurado, así como una indemnización por los daños morales causados por la negligente actuación de la entidad aseguradora. La entidad aseguradora deniega la prestación por considerar que el fallecimiento por accidente fue como consecuencia de la enfermedad de Parkinson y demencia senil que padecía el asegurado y por lo tanto le es de aplicación la cláusula establecida en las condiciones generales de la póliza por la cual se excluyen *"los accidentes ocurridos en estado de embriaguez, sonambulismo, locura, en riña o desafío"*.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que no cabe encuadrar dentro de la exclusión anteriormente mencionada, las enfermedades padecidas por el fallecido, teniendo en cuenta además, que todos los informes médicos y forenses determinaban como la causa de fallecimiento, caída accidental, no mencionándose en los mismos que el accidente fuera causado por las enfermedades del asegurado.

2. PLANES DE PENSIONES

TIPO DE OPERACIÓN:

Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:

Bankinter Seguros de Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:

El reclamante denunciaba las diferencias de valor de los derechos consolidados a movilizar, generadas por no utilizar la entidad la fecha valor contemplada en su página Web.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la fecha para valorar los derechos consolidados debió ser la prevista en la página Web de la entidad.

15/2007. Diferencias en la valoración de los derechos consolidados a movilizar.

El reclamante denunciaba que al solicitar a la entidad el traspaso de dos planes de pensiones, no se tomó como fecha de valoración de los derechos consolidados la prevista en su página web, la cual establecía como fecha valor, la del día en que se realiza la orden de traspaso y como fecha de liquidación, la del día hábil posterior.

La entidad alegó que el cliente fue advertido en el momento de efectuar la operación de traspaso que la fecha a tener en cuenta para la valoración de los derechos consolidados sería la del día siguiente a la que se indica en la página web. Así, consideró que si el reclamante confirmó la operación, aceptó claramente dicha condición, pues, si hubiese querido rechazarla, podría no haber continuado con la misma y haber solicitado información al personal de la entidad.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, a pesar de haberse realizado el traspaso dentro del plazo de tres días hábiles, previsto en el artículo 50.5 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, y dado que la entidad no presentó documentación que corroborase sus alegaciones, debió tomar como fecha para valorar la operación, la prevista en su página Web, es decir, la del día en que se hizo la solicitud si se realizó antes de las 17:00 horas, independientemente del momento en que se hizo efectivo el traspaso.

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
Caja España Vida, Cia. de Seguros y Reaseguros.

ASUNTO:
El reclamante solicitaba el abono de la renta derivada del plan de pensiones hasta el plazo acordado inicialmente.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones consideró que aunque la actuación de la entidad, abonando la renta hasta el agotamiento de los derechos económicos del plan, fue conforme a la normativa, debió haber prestado un mejor asesoramiento en el momento en que el reclamante eligió la forma de cobro de la prestación.

16/2007. Reducción del periodo de cobro de la prestación por agotamiento de los derechos consolidados.

El reclamante llegado el momento de la jubilación acordó con la entidad reclamada el cobro de su plan de pensiones, mensualmente y en diez años, según constaba en el documento emitido por ésta. Sin embargo, transcurridos 7 años y medio, durante los cuales recibió una cantidad igual todos los meses, deja de percibir la mensualidad. El reclamante consideraba que no se había cumplido lo pactado en el momento del devengo de la prestación y solicitaba su íntegro cumplimiento.

La entidad contestó que no se contrató una renta asegurada y, por tanto, al partícipe se le abonó el valor de los derechos económicos en la fecha del devengo de la prestación, los cuales siguieron invertidos durante el periodo de cobro de la renta estando sometidos a las fluctuaciones del mercado financiero, lo que provocó una disminución del valor de los derechos económicos y, por lo tanto, del periodo de cobro.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que existe obligación de abonar los derechos consolidados hasta su agotamiento, de acuerdo con la normativa reguladora sobre planes y fondos de pensiones. No obstante lo anterior, la entidad debería haber prestado un mejor asesoramiento en el momento de pactar la forma de percepción de la prestación ya que, si el reclamante hubiese conocido que el valor de los derechos consolidados estaba sometido a las fluctuaciones del mercado, probablemente hubiera optado por otra modalidad de percepción de la prestación.

3. MEDIACIÓN

TIPO DE OPERACIÓN:
Seguro.

ENTIDAD RECLAMADA:
Sociedad de Previsión
Bancaria Ibérica, Correduría
de Seguros, S.A.

ASUNTO:
El mediador de seguros comunica a su cliente la desestimación de la cobertura del seguro de su teléfono móvil. Esta desestimación se fundamentó en una cláusula delimitativa a la que el reclamante nunca tuvo acceso ya que sólo aceptó y firmó las condiciones resumidas en el boletín de adhesión.

INFORME FINAL:
El Servicio de Reclamaciones se pronunció sobre la actuación de la correduría y la inaplicabilidad de las exclusiones alegadas por la correduría para rechazar el siniestro.

17/2007. Denegación del siniestro por un corredor.

El reclamante adquirió un teléfono móvil, adhiriéndose en ese momento a un seguro mediante el pago de una prima de 50 €. Posteriormente sufrió un siniestro que supuso que la pantalla de su teléfono móvil se quedase totalmente inservible. Comunicado el siniestro al mediador y tras enviar el móvil para su reparación siguiendo instrucciones de la correduría, ésta le comunica que tras estudiar el siniestro éste se ha desestimado por causa de oxidación conforme a lo dispuesto en el condicionado general de la póliza. El reclamante entiende que el siniestro se produjo por un daño accidental que no estaba excluido en el resumen de la póliza que él firmó, por lo que solicita la reparación de la pantalla del móvil, la sustitución del mismo o la indemnización por el coste del terminal.

La correduría alega que comunicado el siniestro se remite el terminal a la Plataforma de Seguros, servicio de Post Venta, siguiendo lo establecido en el condicionado general de la póliza. El servicio de reparación oficial emite informe comunicando que el móvil no puede repararse por encontrarse óxido en el teléfono por entrada de líquidos. Como en el condicionado del contrato queda expresamente excluida la indemnización por daños que ocasione la oxidación de los componentes del terminal, se remite comunicación denegando el siniestro.

En el supuesto planteado, se cuestionó en primer lugar la actuación del mediador de seguros, ya que, según el artículo 5.2 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros, no corresponde al corredor la función de denegar un siniestro, como se hizo en el caso planteado. A estos efectos se recordó que las competencias de los corredores se circunscriben a prestar un asesoramiento adecuado en la tramitación del siniestro, correspondiendo a la entidad aseguradora la decisión sobre su cobertura.

En segundo lugar, y entrando en el fondo del asunto, hay que tener en cuenta que el reclamante en el momento de la suscripción del seguro firmó un boletín de adhesión en el que indica que *"Declaro haber leído y aceptado las condiciones de garantías aquí resumidas y detalladas en la póliza de seguro"*. Según lo anterior, lo que firmó y aceptó el asegurado es haber leído las condiciones resumidas del boletín de adhesión y detalladas en la póliza, pero en ningún momento acepta que conozca o haya recibido las condiciones generales completas.

En consecuencia, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que el contrato suscrito por el reclamante no contempla las exclusiones alegadas por la correduría para denegar el siniestro. No obstante, la reclamación sobre la cobertura o no del siniestro deberá dirigirse frente a la entidad aseguradora y no frente a la correduría, que no tiene competencia para decidir sobre este extremo.

TIPO DE OPERACIÓN:
Seguro.

ENTIDAD RECLAMADA:
BIM Brokers, Correduría de Seguros, S.L.

ASUNTO:
El reclamante solicitaba el abono de la prestación por siniestro.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue requerir a la correduría para que en su labor de asistencia y asesoramiento en caso de siniestro, procediese a solicitar de la entidad aseguradora el pago de la prestación.

18/2007. Rechazo del siniestro por comunicarlo fuera de plazo de la garantía.

El reclamante solicitaba el abono de la factura pagada al taller para la reparación de su coche, averiado el 28 de febrero de 2007, para el que tenía contratado un seguro de garantía contra averías. La garantía caducaba el 5 de marzo y el taller envió el presupuesto de la reparación al día siguiente, por lo que la compañía de seguros no se hizo cargo de la reparación por haberse comunicado fuera de plazo. El reclamante tuvo que pagar la factura para retirar el vehículo del taller.

En el contrato suscrito por el reclamante constaba como fecha de venta el 6/03/2006 y como duración de la garantía 12 meses. La entidad aseguradora recibió la notificación de la avería el 6/03/2007, un día después del vencimiento de la garantía. Por tanto, procedió a rechazar la avería por encontrarse fuera de plazo de la cobertura de la garantía. Esta circunstancia fue comunicada por el reclamante a la correduría de seguros, quien le manifestó que la actuación de la entidad aseguradora rechazando el siniestro era correcta y que su labor como corredor se limitaba a intermediar la póliza de garantías aseguradas por la compañía de seguros Cardiff Assurances Risques Divers.

El Servicio de Reclamaciones consideró que, dado que la avería tuvo lugar el 28/02/2007 dentro del plazo de cobertura de la garantía y que la comunicación del siniestro se efectuó en el plazo establecido en las condiciones del seguro, el asegurador tenía obligación de indemnizar de acuerdo con lo previsto en el propio articulado del seguro, independientemente de que la comunicación se efectuase un día después del vencimiento de la garantía. Asimismo, en el supuesto de que la comunicación se hubiese efectuado con retraso, cosa que no ocurrió, sería aplicable lo previsto en el artículo 16 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, el cual dispone que, en caso de incumplimiento del deber de comunicar el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días hábiles de haberlo conocido, el asegurador puede reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, pero, en ningún caso, le permite liberarse del pago de la prestación.

Esta información en opinión del Servicio de Reclamaciones debió ser trasladada por la correduría al reclamante, advirtiéndose un incumplimiento de sus deberes de asesoramiento y asistencia por lo que se requirió a la entidad reclamada para que actuase ante la aseguradora solicitando el cumplimiento de la prestación.

4. COMERCIALIZACIÓN POR ENTIDADES DE CRÉDITO

TIPO DE OPERACIÓN:

Comercialización seguro de vida.

ENTIDAD RECLAMADA:

Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid

ASUNTO:

La entidad aconsejó a la reclamante suscribir un "Seguro Renta Inversión" cuyo valor de rescate figuraba en las tablas de las condiciones particulares del contrato. Transcurrido un año, le aplican otro valor de rescate y para evitar la pérdida de capital, tuvo que pedir un préstamo por el importe de la inversión.

INFORME FINAL:

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la entidad había realizado un asesoramiento incorrecto a su cliente promoviendo la contratación de un seguro sin facilitar la información debida.

19/2007. Falta de información relativa al producto contratado.

La reclamante señala que solicitó información a la entidad de crédito reclamada sobre las posibilidades de invertir 90.000 € durante un plazo no superior a un año, sin riesgo. Como consecuencia de este asesoramiento, contrató un Seguro Renta Inversión. Cuando transcurrido un año intenta recuperar su dinero, le informan que de rescatar perderá 10.000 € en relación con lo invertido. La reclamante señala que en ningún momento se le informó de esta posible pérdida, por lo que se considera engañada, ya que incluso la empleada que le informó y le gestionó la inversión reconoció en varias ocasiones que no conocía los riesgos de este tipo de inversión y tampoco que el valor de rescate no fuera el que aparece en las tablas que figuran en las condiciones particulares del contrato. Dado que necesitaba el dinero con urgencia, se vio obligada a pedir un préstamo por los 90.000 € que invirtió, por lo que reclama los perjuicios ocasionados debido a la mala información recibida sobre el producto contratado.

Por su parte, la entidad alegó que el asesoramiento fue correcto y conforme a los buenos usos y prácticas bancarias, sin que la reclamante pudiera acreditar documentalmente lo contrario.

El Servicio de Reclamaciones consideró que aunque la entidad cumplió formalmente la normativa reguladora del contrato de seguro, sin embargo, no se ajustó en su actuación a las buenas prácticas que deben regir en el sector financiero, en especial, sobre los deberes elementales de información a los clientes que, de no cumplirse, pueden llevar a estos a tomar decisiones contrarias a sus objetivos y necesidades económicas.

No obstante, el Servicio de Reclamaciones señaló que la acreditación plena del incumplimiento por parte de la entidad de sus deberes de información, solo puede obtenerse mediante la práctica de una prueba que permita determinar si hubo mala información y en su caso cuantificar los perjuicios que de ella se derivasen, cuestiones ambas que quedan fuera de las competencias del Servicio de Reclamaciones.

TIPO DE OPERACIÓN:
Comercialización seguro de vida.

ENTIDAD RECLAMADA:
Barclays Bank, S.A.

ASUNTO:
El reclamante solicitaba la contratación del seguro de protección de pagos y amortización por el importe fijado como prima en la escritura del préstamo.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que existió una mala práctica en la comercialización del seguro.

20/2007. Comercialización de un seguro de protección de pagos y amortización de préstamos vinculado a un préstamo hipotecario.

El reclamante firmó ante notario la escritura de compraventa de su vivienda donde se especificaba que del importe del préstamo la cantidad de 10.468,47 € sería destinada a la financiación del pago de la prima única de un seguro de protección de pagos y amortización de préstamos. La entidad bancaria reclamada era la encargada de destinar esta parte del préstamo al pago de la prima; sin embargo, a los seis meses le informa al reclamante que debido al importe del préstamo solicitado, el seguro de vida no puede ser contratado por esa cuantía y en un único pago. El reclamante consideraba que habiendo cumplido todos los requisitos exigidos por el banco para tramitar el seguro, debía contratarse el seguro de vida en las condiciones establecidas en la escritura del préstamo.

La entidad alegó que la solicitud del seguro no implicaba la aceptación por parte de la compañía aseguradora. En este caso como consecuencia del análisis del informe médico solicitado por la entidad aseguradora, ésta decidió no asumir el riesgo en las condiciones establecidas en el contrato de préstamo, ya que existían circunstancias que lo agravaban. Dada la no aceptación del riesgo por parte de la entidad aseguradora, la entidad bancaria procedió a liberar el importe destinado al pago de la prima del seguro para que el cliente lo utilizase, bien para realizar una cancelación parcial del préstamo por dicho importe sin coste alguno, o para una aplicación discrecional.

El Servicio de Reclamaciones consideró que para la validez del contrato de seguro era necesario el consentimiento de la entidad aseguradora. No obstante lo anterior, el artículo 6 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro dispone que *"La solicitud de seguro no vinculará al solicitante. La proposición de seguro por el asegurador vinculará al proponente durante un plazo de quince días"*. Dado que el Servicio de Atención al Cliente de la entidad reclamada, reconoció la existencia de una propuesta de seguro al decir expresamente que se ofreció al reclamante un seguro de vida con motivo de la formalización de un préstamo hipotecario por una prima de 10.468,47 €, se requirió a la entidad con el objeto de que proporcionase información sobre cómo se calculó el importe de la prima, que, evidentemente, no pudo ser determinado por el reclamante y que le indujo a pensar que ese era el precio definitivo del mismo.

Ante este requerimiento la entidad contestó argumentando que el precio del seguro se obtuvo mediante un simulador que tiene en cuenta distintos factores, como la edad, el sexo, la duración del seguro y el importe asegurado, entre otros, pero no los antecedentes médicos del asegurado que fueron posteriormente valorados mediante la declaración de salud.

Recibidas estas alegaciones, el criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que, dado que en ninguna parte del contrato de préstamo que vinculaba a ambas partes, se indicaba que el precio del seguro respondía a una simulación, existió una mala práctica en su comercialización, pues indujo a pensar al reclamante que el importe de la prima recogida en la escritura del préstamo era el precio definitivo del seguro.

TIPO DE OPERACIÓN:
Comercialización de plan de previsión asegurado.

ENTIDAD RECLAMADA:
Banco Español de Crédito, S.A.

ASUNTO:
El reclamante denuncia la falta de información recibida en la contratación de un plan de previsión asegurado, que le hizo pensar que podía disponer del dinero transcurridos dos años desde la contratación del mismo.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la actuación de la entidad en el momento de la contratación fue contraria a los principios que deben regir las buenas prácticas del sector financiero.

21/2007. Falta de información en la comercialización de un plan de previsión asegurado.

El reclamante expone que acudió a la entidad bancaria reclamada y allí uno de los empleados le aconsejó invertir su dinero en un producto de la entidad, concretamente en un plan de previsión asegurado Banesto.

La empleada de la entidad le informó de las condiciones de la inversión, entre las que figuraba la necesidad de permanencia del capital durante al menos dos años. El reclamante a la vista de estas condiciones decide contratar el plan ya que el plazo de dos años le parecía un período de tiempo adecuado. Mantuvo el producto durante tres años, realizando anualmente las aportaciones a las que se había comprometido. Pasado este tiempo decide recuperar el dinero y es entonces cuando la entidad le informa que esto no es posible porque el producto contratado es un plan de previsión asegurado y como tal es indisponible, salvo en los supuestos previstos en el contrato.

La directora de la sucursal bancaria le informa que no es posible encontrar una solución legal y le comenta que es probable que la empleada, en el momento de la contratación, cometiese un error confundiendo el plan de ahorro que realmente se quería hacer con el que finalmente le hizo. El reclamante admite que no leyó el contrato en el momento de la firma, confiando en la buena fe de los empleados de la entidad bancaria, pero no entiende que deba ser el perjudicado de una negligencia de este tipo y solicita la devolución del dinero invertido.

La entidad contesta que no ha apreciado anomalía alguna en el comportamiento de la oficina. Han comprobado que en el seguro suscrito consta expresamente que las garantías se cobrarían, en caso de supervivencia del asegurado, a la fecha de jubilación o en caso de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente del asegurado. Alega que el contrato está debidamente firmado y que el reclamante en todo momento estuvo correctamente informado.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que si bien el contrato estaba suscrito y la decisión de la entidad reclamada de no satisfacer la prestación era ajustada a derecho, pues no se daba ninguna de las contingencias para la liquidación del plan de previsión asegurado, su actuación en el momento de la comercialización fue contraria a las buenas prácticas que han de regir en el sector financiero, pues la falta de una adecuada información sobre las características del producto de ahorro suscrito originó su contratación, siendo evidente que, si el reclamante hubiera sido consciente de las características del mismo, no lo habría contratado.

TIPO DE OPERACIÓN:
Plan de pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
Banco Inversis Net, S.A.

ASUNTO:
La entidad no satisface la bonificación prometida por movilización de derechos consolidados de un plan de pensiones por haber disfrutado el reclamante de promociones anteriores.

INFORME FINAL:
El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que procedía el pago de la bonificación de acuerdo con las condiciones de la promoción.

22/2007. No satisfacción de las bonificaciones ofrecidas por traspaso de un plan de pensiones.

El reclamante realizó un traspaso de planes de pensiones para beneficiarse de la promoción que ofrecía la entidad. En una promoción anterior, el reclamante ya se había beneficiado de otra campaña de la misma entidad por el traspaso que realizó a un fondo de inversión.

En las condiciones de ambas promociones se indicaba que *"podría beneficiarse de un 2,5% del valor invertido en fondos de inversión o planes de pensiones, siempre que el importe invertido provenga de una entidad comercializadora distinta, siendo la cantidad máxima conjunta a abonar a cada cliente por Banco Inversis de 600 €"*.

El reclamante para evitar cualquier confusión en la interpretación de dicha condición se puso en contacto con la entidad exponiendo su situación. El banco le comunicó que en el caso planteado por el reclamante, la campaña de bonificación del plan era compatible con otras promociones y que, por tanto, podría beneficiarse del 2,5% de traspaso de planes de pensiones siempre que se cumpliesen el resto de condiciones establecidas en la promoción.

La entidad contestó a la reclamación planteada alegando que en todos los condicionados de las promociones se deja constancia de que el importe máximo que un cliente puede recibir por parte de la entidad es de 600 € por todas las promociones. Como el reclamante ya recibió esta cantidad no le correspondía ningún abono promocional más. La entidad afirmó que, cuando el cliente preguntó sobre la posibilidad de acogerse a la nueva promoción, éste no expuso claramente que ya había cobrado el máximo permitido de 600 €.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que procedía el pago de la bonificación puesto que del condicionado de ambas promociones no se derivaba que la promoción efectuada con anterioridad condicionara la actual, sino más bien que dicho límite se refería a traspasos realizados dentro del mismo periodo promocional.

TIPO DE OPERACIÓN:
Comercialización Plan de Pensiones.

ENTIDAD RECLAMADA:
Banco Sabadell, S.A.

ASUNTO:
El deber de documentar el contrato del plan de pensiones no es un requisito necesario para su validez y eficacia, siempre que haya existido consentimiento tácito o expreso.

INFORME FINAL:
Tras analizar las actuaciones llevadas a cabo por el reclamante respecto al plan de pensiones, el Servicio de Reclamaciones declaró la existencia de consentimiento tácito en la contratación y mantenimiento del plan de pensiones, y por tanto, su plena validez y eficacia.

23/2007. Consentimiento tácito en la contratación de un plan de pensiones.

El reclamante denunció que se suscribió un plan de pensiones sin su consentimiento y que le habían cargado el importe correspondiente en su cuenta corriente sin autorización alguna por su parte. El plan de pensiones a su nombre existía desde junio de 2002. Se puso en contacto en reiteradas ocasiones con la entidad bancaria con la que se suscribió el plan para que le facilitase algún documento a efectos de certificar que efectivamente consintió el plan de pensiones. El Defensor del Cliente del Banco había admitido que no fue posible encontrar el documento en el que figuraba su autorización; no obstante, alega que se habían estado realizando aportaciones durante más de un año sin haberse opuesto al mismo. El reclamante, en la actualidad divorciado de su mujer, manifiesta que durante el periodo en que estuvo casado, los temas bancarios y tributarios eran gestionados por su esposa, lo que no implica que el banco pudiera permitir que se suscribiera un plan de pensiones a su nombre sin su autorización. Solicita que le reintegren todas las cantidades depositadas y que se proceda a la cancelación del plan por falta de consentimiento.

La entidad reclamada alegó que el 4 de junio de 2002, el reclamante ordenó la adhesión a un plan de pensiones denominado Herrero Prudente, PP, gestionado por *La Caixa* y depositado en el *Banco Herrero*, aunque la entidad no pudo localizar el boletín de adhesión al plan, en el que se estipulaba una aportación periódica. Tanto la cuenta de ahorro como el plan de pensiones generaron liquidaciones trimestrales y los certificados fiscales fueron remitidos al domicilio del reclamante sin que se hiciera constar ninguna objeción por su parte. A su vez, el reclamante presentó a través de la entidad bancaria, declaraciones conjuntas del IRPF en las cuales se deducían las aportaciones realizadas al plan de pensiones. De este modo, la entidad reclamada consideró que, a pesar de no haber localizado el boletín de adhesión al plan formalizado por el reclamante, éste no podía afirmar que desconocía su contratación, pues desde el año 2002 había estado recibiendo información periódica del plan, beneficiándose fiscalmente de su contratación.

Conforme a lo establecido en los artículos 101 del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, y el artículo 1.258 del Código Civil, la documentación del contrato no es un requisito necesario para su validez y eficacia, ya que el consentimiento puede ser expreso o tácito. En este caso el reclamante negó haber dado su consentimiento mediante la firma del boletín de adhesión; no obstante, sí existió un consentimiento tácito al practicársele adeudos en su cuenta y no haberse opuesto a los mismos, así como al haber recibido información fiscal del plan de pensiones y deducirse en la declaración del IRPF las aportaciones realizadas al plan de pensiones. Por tanto, conocía la existencia del mismo y se benefició de sus ventajas fiscales.

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue que la actuación de la entidad reclamada se ajustó a la normativa reguladora de planes y fondos de pensiones.

CAPÍTULO IV

INFORMACIÓN PÚBLICA

INFORMACIÓN DE LA PÁGINA WEB

Uno de los objetivos primordiales del Servicio de Reclamaciones es el de ofrecer a los ciudadanos información precisa y útil en materia de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros en el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones.

Con esta finalidad, en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones www.dgsfp.meh.es a través del enlace "**Protección al Asegurado**", se facilita información para que los ciudadanos pueden conocer sus derechos frente a las actuaciones de todos los agentes que intervienen en el sector asegurador y de planes y fondos de pensiones, así como de los distintos medios para proteger sus derechos.

Para hacer más didácticos los contenidos recogidos en este apartado y facilitar los medios de presentación de reclamaciones se han realizado algunas modificaciones respecto a la información contenida en años anteriores. Así se encuentra publicado un **folleto informativo** sobre cómo deben actuar los ciudadanos para presentar sus quejas y reclamaciones cuando consideren que han sido vulnerados sus derechos por una entidad financiera. En el folleto informativo se explica ante quién y cómo se puede reclamar, las fases del procedimiento de reclamación y los efectos del informe que se emite al final de este proceso.

Hay que señalar que este folleto fue editado en junio de 2007, por iniciativa conjunta de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el Banco de España y la Comisión Nacional del Mercado de Valores, como organismos supervisores de servicios financieros, junto al Instituto Nacional de Consumo, al ser las oficinas municipales del consumo uno de los principales puntos de información en materia de protección de los derechos de los consumidores en el ámbito financiero. El folleto publicado en formato papel se remitió para su difusión a distintos organismos e instituciones del ámbito financiero.

Con la finalidad de facilitar a los ciudadanos la información necesaria para hacer valer sus derechos frente a actuaciones de las entidades aseguradoras y gestoras de planes de pensiones en la página web se ofrece información sobre los **órganos especializados nombrados por las entidades para atender las quejas y reclamaciones** que les presenten sus clientes.

Asimismo se contiene un apartado con información sobre los **criterios del Servicio de Reclamaciones** utilizados en la emisión de sus informes y que están relacionados con las materias más habituales de consulta, queja o reclamación.

Estos criterios están clasificados según afecten a todos los ramos de seguro o bien a uno en particular. Hay que destacar que esta información ha sido muy demandada tanto por las compañías como por los particulares, observándose una disminución del número de consultas que anteriormente se presentaban por escrito, sobre las materias publicadas en este apartado.

Finalmente en este apartado de la página web también se publican los diferentes informes anuales y avances semestrales publicados por el Servicio de Reclamaciones.

Durante 2007 se han llevado a cabo labores de revisión y mejora de la información disponible en la web que verán la luz en el primer semestre de 2008. Así, se ha elaborado una "Guía Práctica" dirigida a los usuarios de los servicios financieros, con información necesaria para la presentación de quejas, reclamaciones y consultas. Esta Guía se refiere tanto a los procedimientos que se tramitan actualmente en formato papel como a los que en un futuro próximo se tramitarán por vía telemática.

Esta información se completará con la publicación de los formularios de quejas, reclamaciones y de consultas, que el Servicio de Reclamaciones pone a disposición de los usuarios de los servicios financieros para facilitar su presentación, sin que en ningún caso sea obligatorio su uso. En el enlace "*Descarga de Formularios para la Presentación de Quejas y Reclamaciones y Consultas*" se podrá disponer de estos formularios para la tramitación de expedientes en formato papel.

También existirá un enlace a la Oficina Virtual, a través de la cual podrán presentarse consultas, quejas y reclamaciones por vía telemática, gracias a la firma electrónica, lo que permitirá facilitar y agilizar la tramitación de los expedientes.

IMPLANTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TELEMÁTICOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

En este capítulo, además, se quiere hacer especial mención a una de las novedades que a lo largo del año 2008 ofrecerá el Servicio de Reclamaciones, la implantación de los procedimientos telemáticos para la tramitación de los expedientes de quejas, reclamaciones y consultas, así como a las actividades desarrolladas para su puesta en funcionamiento.

Con la entrada en vigor de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, se establece una nueva regulación de los registros electrónicos orientada, entre otros aspectos, a promover las comunicaciones telemáticas entre los ciudadanos y la Administración. Esta regulación pretende agilizar y normalizar las comunicaciones telemáticas potenciando la creación y mejora de los registros electrónicos existentes, entre ellos el del Ministerio de Economía y Hacienda.

La implantación de este medio para la presentación de consultas, quejas y reclamaciones tiene una gran importancia ya que supone un nuevo canal de acceso a los procedimientos ante la Administración y agilizar los trámites de comunicación entre las entidades y los ciudadanos, lo que permite la reducción del plazo de resolución de los expedientes y con ello un reforzamiento de la protección de los derechos de los ciudadanos.

Los procedimientos telemáticos se han desarrollado al amparo de lo establecido en los artículos 7.2 b) y 16.2b) del 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, que contempla la posibilidad de presentar por medios informáticos, electrónicos o telemáticos las quejas, reclamaciones y las consultas respectivamente. Este marco normativo se completa con lo dispuesto en la Orden EHA/693/2008, de 10 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.

El diseño y desarrollo de los procedimientos telemáticos ha exigido la participación activa de las entidades de servicios financieros conforme a lo establecido el artículo 16.2 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, que promueve la adopción de los acuerdos necesarios con las entidades para facilitar que la transmisión de los datos y los documentos en el ejercicio de sus funciones se realice por medios telemáticos.

Los procedimientos telemáticos permitirán la comunicación telemática entre el Servicio de Reclamaciones, las entidades financieras y los ciudadanos durante toda la tramitación del expediente. El uso de la vía telemática como medio de presentación, tramitación y resolución de reclamaciones permitirá agilizar y simplificar los trámites administrativos con la consiguiente reducción de los plazos de tramitación del expediente.

Con la finalidad de impulsar el desarrollo del procedimiento de tramitación telemática de quejas y reclamaciones, en octubre de 2007 se invitó a tres entidades que habían participado en el grupo de pruebas (*Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A, Seguros Groupama, Seguros y Reaseguros, S.A, y Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.*) a realizar una presentación sobre los diferentes modelos de comunicación telemática que habían desarrollado para la comunicación con el Servicio de Reclamaciones.

La presentación de consultas, quejas y reclamaciones se podrá realizar a través de la oficina virtual, de la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones mediante el uso de firma electrónica.

Una vez que se haya accedido al procedimiento, se ofrecerá un formulario para la presentación de quejas y reclamaciones y otro para la presentación de consultas, el cual deberá ser rellenado y firmado electrónicamente.

Asimismo, los ciudadanos y las entidades financieras que utilicen la vía telemática como medio de comunicación con el Servicio de Reclamaciones podrán consultar por esta vía el estado de su expediente.

CAPÍTULO V

PRÁCTICAS DE MERCADO

Como en años anteriores, se dedica un capítulo a las prácticas de mercado conteniendo una relación de actuaciones detectadas por el Servicio de Reclamaciones en su función de tramitación de expedientes de consultas, quejas y reclamaciones, que se han considerado que no se ajustan a la normativa o a las buenas prácticas y usos financieros que han de regir en la contratación de seguros y planes de pensiones. Este catálogo recoge tanto actuaciones aisladas como prácticas generalizadas de las entidades que por su importancia se considera útil publicar.

La relación de prácticas de mercado que se señala a continuación actualiza el catálogo de prácticas de mercado publicado en años anteriores y para una mejor identificación se han señalado en letra cursiva las incluidas en el año 2007.

Por último, conviene señalar la creciente importancia que ha adquirido entre las competencias ejercidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones el control de las prácticas de mercado realizadas por las entidades adoptándose por este Centro Directivo una serie de medidas tendentes a reforzar este control, como la creación en el año 2006, de una Unidad especializada en el análisis y alcance de estas prácticas y la inclusión en de la actuación inspectora de la supervisión de las prácticas de mercado.

1. SEGUROS

1.1. Contratos de seguros ligados a préstamos hipotecarios

- Imponer la suscripción de un seguro de vida y/o de hogar con una entidad aseguradora concreta, como condición para la concesión de un préstamo hipotecario u otra operación.
- Exigencia de prima única en la contratación de seguros de vida y/o de hogar ligados a préstamos hipotecarios.
- Concesión de un préstamo hipotecario por la entidad crédito suscribiendo un seguro de vida y/o de hogar sin consentimiento del asegurado.
- *Seguros de vida en los que una vez producida la contingencia de fallecimiento, la entidad de crédito prestamista, beneficiaria de la póliza, ejecuta la garantía hipotecaria frente a los herederos del fallecido, en vez de frente a la entidad aseguradora. Posteriormente, los herederos se dirigen a la entidad aseguradora solicitando la devolución de lo pagado, quién deniega la prestación, alegando que el único beneficiario es la entidad de crédito prestamista.*
- *Contratos de préstamo con garantía hipotecaria en los que aparecen cláusulas en las que el deudor se obliga a mantener la finca hipotecada, asegurada durante la vigencia del préstamo, mediante un seguro de daños, consintiendo que el seguro lo suscriba el banco en su nombre, en caso de no hacerlo aquél. En opinión de este Servicio esta forma de contratación es contraria a las buenas prácticas si el asegurado desconoce los elementos esenciales del contrato.*

- *Designar como beneficiario de un seguro de daños sobre un bien hipotecado al acreedor hipotecario, pues sólo el propietario del bien asegurado tiene derecho a percibir la indemnización y el artículo 40 y siguientes de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, regula un régimen especial sobre los derechos de los acreedores hipotecarios sobre las indemnizaciones que correspondan al propietario por razón de los bienes hipotecados.*

1.2. Seguros de vida

1.2.1. 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.

1.2.2. Otras prácticas

- Rescate de seguros de jubilación para su renovación en condiciones menos favorables para el asegurado.

Se propone el rescate del seguro para posteriormente contratar otro nuevo con menor tipo de interés garantizado.

- Confusión en la contratación de seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

En las entidades de banca seguros se ofertan productos en los que se aprecia que el cliente no distingue si es un producto bancario, de inversión, un seguro o un plan de pensiones. Sobre todo ocurre en productos como los unit link en donde se mezclan características aseguradoras y de inversión.

En general, 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 muy claro el tipo de interés aplicable a la operación.

A veces se distingue 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 desconoce.

- Participación en beneficios.

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

1.3. 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.

- *Políticas de imposición de determinación de tiempos y precios/hora para reparaciones en talleres concertados que no favorecen el buen servicio al asegurado.*

1.4. Seguros 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.

- Reparación de siniestros por operarios de la compañía.

En ocasiones, las entidades aseguradoras se desentienden de la deficiente prestación del servicio realizado por operarios enviados por la propia compañía. El Servicio de Reclamaciones considera que es un deber de diligencia mínimo la comprobación posterior de los trabajos de los citados operarios.

- Falta de información e inadecuado asesoramiento al asegurado en la fase previa a la contratación sobre la valoración de continente y contenido para los casos en los que el tomador pretenda estar asegurado al 100% de su valor.

1.5. 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, en especial, si al asegurado se le diagnostican enfermedades crónicas.
- *Respecto al cuestionario de salud que debe ser cumplimentado antes de la contratación, en ocasiones, no se somete a la firma del asegurado, en otras es el propio agente de la aseguradora el que se encarga de rellenarlo sin la participación activa del tomador.*
- *Cuestionarios de salud que establecen que si no se contesta al mismo la respuesta se entiende negativa, lo que todavía hace más difícil probar si efectivamente se sometió al cuestionario a los asegurados. En general, el asegurador no informa al asegurado de la trascendencia de lo declarado en el cuestionario.*
- *Existencia de cláusulas en seguros de enfermedad y asistencia sanitaria por las que se excluyen pruebas diagnósticas por medios que no estén suficientemente contrastados, dejando al arbitrio de la entidad la determinación de si estas pruebas están o no suficientemente contrastadas.*
- *Exclusión de cobertura por la entidad aseguradora de las asistencias sanitarias de carácter urgente, si éstas se producen durante el periodo de carencia establecido en un seguro de enfermedad o asistencia sanitaria.*

1.6. 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 y por tanto el auténtico tomador del seguro. El cliente solo recibe un resumen de las condiciones generales desconociendo el contenido completo del contrato.

1.7. Seguro de accidentes y enfermedad

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

En el caso del condicionado que señale que nace el derecho a la prestación cuando el asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente, debiendo requerir y recibir asistencia médica adecuada y que lleve consigo la interrupción total del desarrollo de sus actividades habituales o profesionales, durante el tiempo que ésta se prolongue. En diversos supuestos objeto de queja o reclamación el asegurado se encontraba de baja laboral certificada por profesional médico del sistema público de salud; sin embargo, la entidad niega la prestación por considerar que su estado le permitía seguir realizando sus actividades habituales.

1.8. Seguro de defensa jurídica

- *En el seguro de defensa jurídica se observa que las compañías argumentan en muchas ocasiones que consideran **inviable** la reclamación de su asegurado, dejando al asegurado la posibilidad de que se defienda por su cuenta, asumiendo únicamente los gastos de abogado y procurador si tiene éxito en su reclamación. Las compañías no justifican en la mayoría de ocasiones la citada inviabilidad.*
- *Desentendimiento por parte de la entidad aseguradora de la actuación de los profesionales designados por la propia compañía para la defensa de los intereses de su asegurado.*

1.9. Sobre el procedimiento de liquidación y pago del siniestro

- Retrasos en el pago del importe mínimo fijado por la Ley de Contrato de Seguro.
- *Información insuficiente en caso de no cobertura: las compañías comunican el rehúse del siniestro sin apenas motivación.*
- Cuando el proceso de determinación de la indemnización se alarga y el asegurado no está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por la entidad aseguradora, ésta sin previo aviso ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.
- 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 al asegurado la contratación de los servicios de un perito.
- No cobertura de los desperfectos ocasionados en el objeto asegurado por el propio perito, cuando posteriormente se determina que el siniestro no está cubierto.

1.10. Otras prácticas

- 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. PLANES DE PENSIONES

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

Diversas reclamaciones ponen de manifiesto cómo algunas 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.

Determinadas entidades gestoras deciden 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 previo 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. Es habitual que el único documento que declaran haber recibido es una copia de su solicitud de adhesión al plan de pensiones.

En otras ocasiones denuncian la 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 descubiertos en cuenta corriente que motiva la demanda de intereses por descubierto en cuenta al partícipe.

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

Apertura por la entidad del plan contratado en el mes de diciembre, con fecha de enero, lo que provoca que el partícipe deduce su aportación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en un año distinto al que cabe deducirla según la información de que dispone la Administración Tributaria, provocando la consiguiente rectificación por ésta.

La entidad realiza, por propia iniciativa, una aportación extraordinaria desde la cuenta corriente del cliente al plan de pensiones, sin su conocimiento ni consentimiento.

CAPÍTULO VI

REGISTRO DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO

En este capítulo se quiere señalar la importancia social que ha supuesto la puesta en funcionamiento durante el año 2007 del Registro de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento.

Durante años, en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones uno de los temas que ha dado lugar a mayor número de consultas ha sido la solicitud de información sobre los contratos de seguro suscritos por una persona fallecida. Ante la inexistencia de mecanismos que diesen una respuesta adecuada a esta cuestión, desde este Servicio se comunicaba a los solicitantes que no era posible facilitar esa información ya que no existía un registro de contratos de seguros.

Este hecho ponía de manifiesto que, en muchas ocasiones, los beneficiarios de seguros con cobertura de fallecimiento desconocen los contratos suscritos por personas fallecidas de su entorno familiar o social.

Para evitar estas situaciones se venía solicitando la creación de un registro que permitiera recoger los seguros con cobertura de fallecimiento, de tal forma que en caso de producirse el fallecimiento de una persona, los derechos de los beneficiarios no quedasen desprotegidos.

Así, para satisfacer esta demanda social la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, creó el Registro de contratos de seguros de cobertura de fallecimiento. Posteriormente en el año 2007 se ha publicado el Real Decreto 398/2007, de 23 de marzo, por el que se desarrolla esta Ley, que regula de forma detallada los aspectos técnicos, procedimentales y jurídicos necesarios para el funcionamiento del Registro.

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 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, los suscritos con ciertas mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial, mutualidades de profesionales colegiados y mutualidades cuyo objeto exclusivo sea otorgar prestaciones o subsidios de docencia o educación, así como los casos en que el tomador y beneficiario coinciden. En este último supuesto la exclusión se basa en el conocimiento

del beneficiario de su derecho a la prestación al fallecer el asegurado, puesto que fue él mismo el que lo contrató.

La finalidad del Registro 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 la 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.

Asimismo, 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, remite al órgano supervisor en materia de seguros, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, una relación de entidades que han suministrado la información, así como cualquier incidencia significativa. En base a lo anterior la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones podrá formular requerimientos, solicitar auditorías internas u otras medidas correctoras con la finalidad de verificar y garantizar la veracidad de la información contenida en el Registro.

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 el número de contrato suscrito o referencia al Reglamento de prestaciones y el tipo de cobertura.

La puesta en funcionamiento efectiva del Registro se produjo el 19 de junio de 2007, proporcionando información sobre contratos de seguro vigentes a partir del 15 de mayo de 2006.

El Registro **facilita información** es sobre asegurados fallecidos puesto que sólo en estos casos se ha originado el derecho a la prestación por parte del beneficiario. Dicha información goza de la presunción de veracidad sobre la existencia del contrato de seguro de vida con cobertura de fallecimiento, si bien, en ningún caso, presupone el derecho a cobrar la prestación puesto que ello vendrá determinado por el siniestro acaecido y la correspondiente cobertura de éste en la póliza contratada.

La solicitud de certificado se efectuará mediante petición por cualquier persona interesada en obtener información acerca de si una persona fallecida tenía contratado un seguro para caso de fallecimiento y la entidad aseguradora con la que lo tenía suscrito.

Asimismo, la solicitud se realizará de acuerdo con el modelo que figura en el anexo III.2 del Reglamento, al que se acompañará el certificado literal de defunción de la persona respecto de la cual quiere obtenerse el certificado, que podrá presentarse una vez que hayan transcurrido quince días hábiles desde la fecha de fallecimiento.

En el plazo máximo de siete días hábiles desde la fecha de la presentación de la solicitud, el Registro expedirá un certificado en el que conste en qué contratos vigentes figuraba como asegurada la per-

sona fallecida y con qué entidad aseguradora están suscritos. En caso de que la persona fallecida no figurase en el Registro como asegurada en ningún contrato, se hará constar este extremo en el certificado que se emita.

Por último, cabe destacar, que durante el año 2007 la solicitud de información sobre los contratos de seguro suscritos por una persona fallecida ha seguido siendo muy demandada, informando el Servicio de Reclamaciones, en estos casos, de la existencia del Registro, de los requisitos para solicitar el certificado y de la ubicación de su sede y de los medios de contacto que, por su interés, se señalan a continuación:

Dirección General de los Registros y del Notariado
Ministerio de Justicia
Plaza de Jacinto Benavente, nº 3. Planta Baja
28012 Madrid.
www.mjusticia.es
Teléfonos 91 389 53 32 y 91 389 53 34

ANEXO

LEGISLACIÓN APLICABLE EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO Y AL PARTÍCIPE EN PLANES DE PENSIONES

A) Normativa general de protección.

- *Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (Capítulo V relativo a la protección de clientes de servicios financieros).*
- *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.*
- *Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.*
- *Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.*
- *Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.*
- *Orden EHA/639/2008, de 10 de marzo, por la que se regula el Registro Electrónico del Ministerio de Economía y Hacienda.*

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 (última reforma de la presente disposición realizada por Ley 41/2007, de 7 diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria).*
- *Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.*
- *Real Decreto 398/2007, de 23 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 20/2005, de 14 de noviembre, sobre la creación del Registro de contratos de seguro de cobertura de fallecimiento*
- *Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (modificado recientemente por el RD 1361/2007, de 19 de octubre).*

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, modificado por la Ley 21/2007 de 11 de julio.*
- *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 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros 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 (última modificación realizada por Ley 35/2006 de 28 noviembre).*
- *Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones (última modificación realizada por RD 1684/2007 de 14 diciembre, por el que se modifican el Reglamento de planes y fondos de pensiones y el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios).*