

# **INFORME SEMESTRAL DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DGSFP**

## **INDICE**

### **INFORME ESTADÍSTICO PRIMER SEMESTRE 2009.**

- 1. Cifras generales**
- 2. Seguros**
- 3. Planes de pensiones**
- 4. Mediación**
- 5. Comercialización por entidades de crédito.**
- 6. Unidad de Atención al Público**
- 7. Tramitaciones telemáticas**

## **RELACIÓN DE CUADROS**

### **Cifras generales.**

- I. Evolución mensual de los expedientes iniciados.
- II. Evolución mensual clasificada por tipos de expedientes iniciados.
- III. Análisis de expedientes resueltos.

### **Seguros.**

- IV. Evolución mensual de expedientes iniciados.
- V. Reclamaciones de seguros iniciadas clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos.
- VI. Reclamaciones de seguros resueltas atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VII. Consultas resueltas clasificadas por asuntos.
- VIII. Quejas resueltas clasificadas por asuntos.

### **Planes de Pensiones.**

- IX. Evolución mensual de reclamaciones iniciadas.
- X. Reclamaciones resueltas clasificadas por asuntos.

### **Mediación.**

- XI. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas.
- XII. Reclamaciones resueltas clasificadas por asuntos.

### **Comercialización por entidades de crédito.**

- XIII. Evolución mensual de las reclamaciones iniciadas.
- XIV. Reclamaciones resueltas clasificadas por asuntos.

### **Unidad de Atención al Público.**

- XV. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público.
- XVI. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público clasificadas por ramos.

### **Tramitaciones Telemáticas.**

- XVII. Documentación recibida por vía telemática.
- XVIII. Entidades adheridas a las comunicaciones telemáticas.

## INFORME ESTADÍSTICO PRIMER SEMESTRE 2009.

En este informe se recoge la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones durante el primer semestre de 2009.

Este documento sirve como avance semestral de los datos globales que se publicarán en el informe anual que este Servicio elaborará para el conjunto del año 2009.

Este informe estadístico semestral se divide en siete apartados:

- La primera parte comprende los cuadros I a III, 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 planes de pensiones por entidades de crédito.
- La segunda parte, cuadros IV a VIII, contiene las cifras de los expedientes relativos a la materia de seguros.
- La tercera parte, cuadros IX y X, contiene las cifras de los expedientes relacionados con la materia de planes y fondos de pensiones.
- La cuarta parte, cuadros XI y XII, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas contra los corredores y corredurías de seguros.
- La quinta parte, cuadros XIII y XIV, contiene las cifras de los expedientes relacionados con la actividad realizada por las entidades de crédito en materia de comercialización de planes de pensiones.
- La sexta parte comprende los cuadros XV y XVI, en ella se hace referencia a las cifras de la actividad realizada por la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.
- La séptima y última parte, comprende los cuadros XVII y XVIII y en ella se recogen las cifras relativas a las tramitaciones realizadas por medios telemáticos en el 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 primer semestre del año 2009, independientemente de que al finalizar el semestre, su tramitación haya concluido o no. Las cifras correspondientes a **expedientes resueltos**, se refieren a expedientes cuya tramitación finalizó entre los meses de enero a junio de 2009, independientemente de que se iniciaran en el primer semestre de 2009 o en periodos anteriores.

## 1. Cifras generales

**CUADRO I.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LOS EXPEDIENTES INICIADOS.**

PERÍODO	2007	2008	2009
Enero	526	595	536
Febrero	553	551	787
Marzo	468	473	775
Abril	408	627	665
Mayo	421	541	751
Junio	423	719	962
<b>TOTALES</b>	<b>2.799</b>	<b>3.506</b>	<b>4.476</b>

El cuadro anterior contiene las cifras del total de consultas, quejas y reclamaciones, presentados en el Servicio de Reclamaciones durante los seis primeros meses de los años 2007, 2008 y 2009.

El total de escritos presentados durante el primer semestre del año 2009 se ha elevado a 4.476, por lo que se observa un incremento de 970 expedientes con respecto al primer semestre del año 2008 y de 1.677 respecto al del año 2007, lo que supone un aumento del 27% y del 60% respectivamente.

**CUADRO II.  
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA POR TIPOS DE EXPEDIENTES INICIADOS.**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE SEGUROS	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACION DE MEDIADORES	RECLAMACION COMERCIALIZAC.	CONSULTAS	QUEJAS	ESCRITOS NO ADMITIDOS	TOTAL
Enero	281	12	7	1	24	6	205	536
Febrero	437	27	4	2	15	4	298	787
Marzo	403	28	4	19	12	4	305	775
Abril	357	23	7	0	19	6	253	665
Mayo	403	24	4	2	15	4	299	751
Junio	549	42	5	0	25	6	335	962
<b>AÑO 2009</b>	<b>2.430</b>	<b>156</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>110</b>	<b>30</b>	<b>1.695</b>	<b>4.476</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>1.987</b>	<b>48</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>7</b>	<b>1.187</b>	<b>3.506</b>

El cuadro II completa la información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el primer semestre de 2009.

Del total de 4.476 expedientes iniciados, 2.641, es decir, el 59%, son **expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación** y que han sido presentados por los interesados con la pretensión de obtener la restitución o reparación de un interés o derecho.

De los 2.641 expedientes de reclamación, 2.430 corresponden a contratos de seguros, 156 a planes y fondos de pensiones, 31 a mediación y 24 a comercialización de planes de pensiones por entidades de crédito. Se mantiene la misma tendencia mostrada en ejercicios anteriores, de ser las reclamaciones relacionadas con los contratos de seguro, las que implican la mayor actividad del Servicio, alcanzando en el primer semestre de 2009, el 92% del total de

reclamaciones iniciadas, mientras que las correspondientes a la materia de planes de pensiones, mediación y comercialización representan en su conjunto un 8%.

Con respecto a los datos del primer semestre de 2008, las reclamaciones de seguros se incrementaron en 443 expedientes, es decir, un 22,29%; en las de planes de pensiones existe un aumento de 108 unidades, lo que supone un 225% y en los expedientes relacionados con la mediación hay un aumento de 10 unidades, lo que en términos porcentuales supone un crecimiento del 47,61%.

Por último, en materia de comercialización por entidades de crédito el número de reclamaciones durante el primer semestre del año 2009 ha sido de 24, por lo que respecto a los seis primeros meses de 2008 existe una disminución del 76% de las reclamaciones presentadas. Como ya se indicó en informes anteriores del Servicio de Reclamaciones, la razón de esta disminución no deriva de una caída de las reclamaciones en esta materia, sino por el hecho de que a partir de julio de 2008, en esta clasificación, solo se incluyen las reclamaciones presentadas contra las entidades de crédito por la comercialización realizada en **planes de pensiones**, ya que las reclamaciones frente a una entidad de crédito, autorizada como operador de banca seguros de acuerdo con la Ley 26/2006, de 17 de julio de mediación de seguros y reaseguros privados, se registran frente a la entidad aseguradora. En consecuencia, los datos que aparecen en el primer semestre del 2008, incluyen reclamaciones frente a entidades de crédito tanto por razón de la comercialización de seguros como de planes de pensiones, por lo que la comparación de cifras resulta insignificante ya que no contienen datos homogéneos.

El número de **consultas** presentadas durante el primer semestre del año 2009 se eleva a 110. Se puede apreciar una disminución en 46 expedientes con respecto al primer semestre del año anterior, lo que, en términos porcentuales, supone un 30%.

El número total de **quejas** recibidas se ha elevado a 30, por lo que se han incrementado más del 300% respecto al mismo periodo del año anterior.

Por último, el número de **escritos que no han sido admitidos** por no cumplir los requisitos exigidos por la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros para su tramitación como consulta, queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones asciende a 1.695 expedientes. Se observa que se ha producido un incremento respecto al mismo periodo del año 2008 de 508 expedientes, lo que supone un porcentaje del 42,8%.

### CUADRO III. ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
<b>Reclamaciones</b>		<b>1.906</b>	<b>51,49</b>
Informe favorable al reclamante	764		
Informe favorable a la entidad	636		
Informe remisión al trámite pericial	209		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	176		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	111		
Informe asuntos sub iudice	10		
<b>Escritos no admitidos</b>		<b>1.695</b>	<b>45,79</b>
No cumple requisitos para abrir expediente	1.381		
Solicitud ampliación información	157		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	38		
No competente por gran riesgo	36		
Falta de firma u otros requisitos formales	31		
No competente con traslado Banco España	21		
No competente con traslado a otros órganos	18		

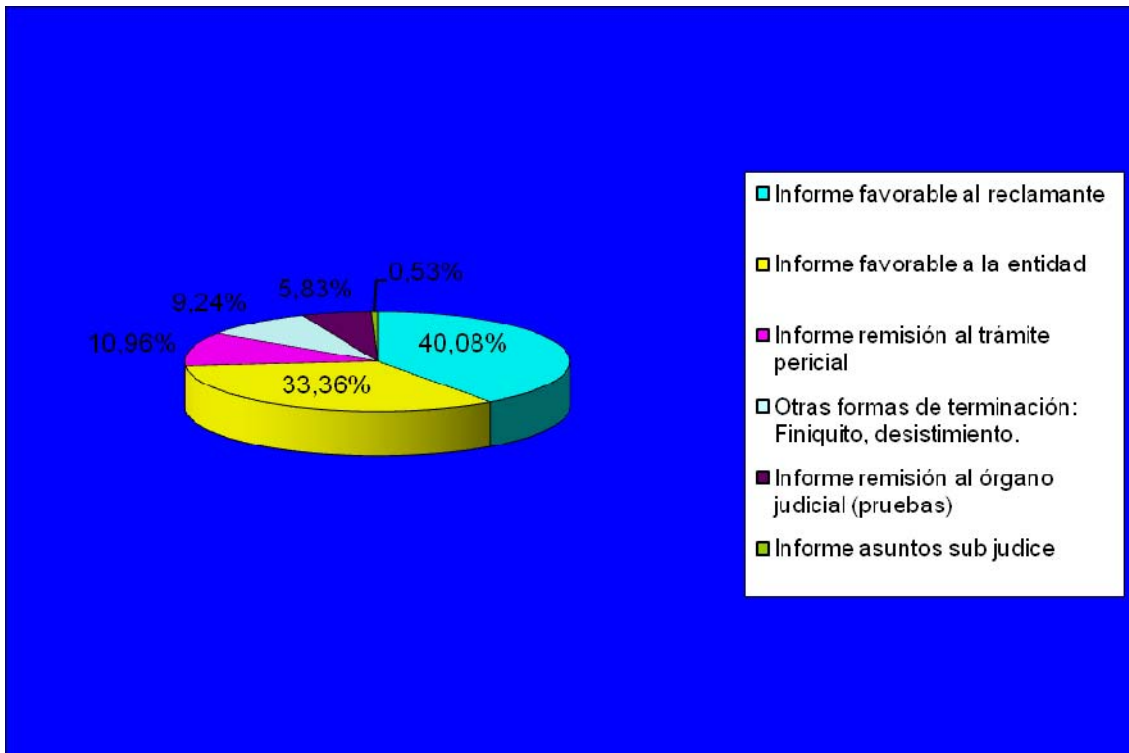
RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
No legitimado	9		
No competentes con traslado CNMV	4		
<b>TOTAL RECLAMACIONES</b>		<b>3.601</b>	
CONSULTAS			
Resolución de Consultas		94	2,53
QUEJAS			
Resolución de quejas		7	0,19
EXPEDIENTES TERMINADOS		3.702	100,00

El cuadro III ofrece información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2009. Estos datos corresponden a expedientes cuya tramitación ha finalizado durante los seis primeros meses del año, independientemente de que se iniciaran en 2009 o en años anteriores.

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

- La primera se refiere a los expedientes que dieron lugar a la apertura de un procedimiento de reclamación resueltos en el primer semestre 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 motivaron su no admisión.
- La tercera y cuarta parte se refieren, respectivamente, a las consultas y quejas resueltas durante los seis primeros meses del año 2009.

## RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN.



Del total de los expedientes terminados, 1.906 son expedientes de reclamación, lo que supone el 51,49% del total de expedientes resueltos en el primer semestre de 2009. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera:

- a) Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 764, lo que supone el 40,08% del total. Si se descompone ese porcentaje, un 19,30% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 20,78% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste.
- b) La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 636, lo que supone el 33,36% del total de las reclamaciones resueltas.
- 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 209, lo que representa el 10,96% del total de reclamaciones resueltas. 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) 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 9,24% del total de las resueltas.
- e) La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas se eleva a 111, lo que supone el 5,83% 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.

- f) Por último, las 10 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 0,53% 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 1.695, lo que representa el 45,79% del total de expedientes resueltos.

En el cuadro III 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 81,47% 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 1.381 reclamaciones inicialmente no admitidas por no cumplir este requisito, casi un 30% aportaron posteriormente la documentación necesaria para la apertura de un procedimiento de reclamación.

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, porque no identifican a la entidad reclamada o porque falta algún dato identificativo del reclamante o representante. En el presente año no se han admitido un total de 157 reclamaciones por el citado motivo, lo que supone aproximadamente un 9,26% 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, habiendo sido inadmitidos por esta causa un total de 31 expedientes, lo que supone el 1,82% 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 primer semestre de 2009 se han producido 117 inadmisiones por este motivo, lo que supone aproximadamente un 6,9% del total de las causas de no admisión.

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

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

Por último, otro de los motivos que da lugar a la no admisión de consultas 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. En total en el primer semestre del año 2009, esta cifra se ha elevado a 9 expedientes.



La cifra de consultas resueltas durante el primer semestre del año 2009 se eleva a 94. Esta cifra supone un 2,53% del total. Se aprecia una leve disminución, con respecto al mismo periodo del año anterior, en 4 expedientes.

Por último, el número de quejas resueltas es de 7, apreciándose un carácter residual de las mismas ya que suponen menos del 0,19% del total de expedientes resueltos durante el primer semestre de 2009.

## 2. Seguros

La segunda parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes relacionados con la materia de seguros. Esta materia es la que genera el mayor número de reclamaciones, representando en el primer semestre de 2009 el 93,31% de la totalidad de expedientes iniciados.

**CUADRO IV.  
EVOLUCION MENSUAL DE EXPEDIENTES INICIADOS.**

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDA	TOTAL
Enero	281	190	24	4	6	0	<b>505</b>
Febrero	437	274	15	9	4	0	<b>739</b>
Marzo	403	268	12	12	4	1	<b>700</b>
Abril	357	240	19	4	6	0	<b>626</b>
Mayo	403	274	15	10	4	0	<b>706</b>
Junio	549	309	25	12	6	0	<b>901</b>
<b>AÑO 2009</b>	<b>2.430</b>	<b>1.555</b>	<b>110</b>	<b>51</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>4.177</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>1.987</b>	<b>1.112</b>	<b>156</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3.267</b>

El cuadro anterior ofrece información sobre el total de expedientes iniciados en materia de seguros durante el primer semestre del año 2009, clasificados por tipos de expedientes.

El número de expedientes iniciados en el primer semestre del año fue de 4.177. Se observa un incremento con respecto a la cifra de expedientes iniciados en el primer semestre del año anterior de 910 expedientes lo que supone un 27,85%.

Del total de 4.177 expedientes iniciados, 3.985 corresponden a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 161 se refieren a consultas y 31 están relacionados con quejas.

De los 3.985 expedientes iniciados correspondientes a **reclamaciones de seguros**, cabe distinguir:

- 2.430 corresponden a expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación. Esta cifra, respecto al primer semestre del año anterior se ha incrementado en el 22,29%.
- 1.555 expedientes, son reclamaciones no admitidas por diversas causas, siendo la principal no acreditar haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras. Se observa un incremento de este tipo de expedientes, con respecto al primer semestre del año anterior, del 39,83%.

Aunque en años anteriores se produjo una notable disminución de este tipo de expedientes, como consecuencia del reforzamiento que en materia de información al asegurado supuso la publicación de la normativa sobre transparencia y protección de los clientes de servicios financieros, esta cifra todavía es muy elevada, por lo que las entidades aseguradoras y sus agentes deben facilitar a los ciudadanos más información sobre las diferentes instancias de reclamación de la entidad.

La cifra de expedientes relacionados con **consultas** es de 161, de los cuales, 51 fueron consultas no admitidas por referirse a una concreta operación con una entidad determinada o por la falta de requisitos formales. Este tipo de consultas se han incrementado en 49 respecto al mismo periodo del año precedente.

Por último, las **quejas** iniciadas durante el primer semestre se elevan a 31, de ellas 1 fue no admitida por no cumplir los requisitos legales exigidos por la normativa sobre transparencia y protección de la clientela y 30 dieron lugar a un procedimiento de queja. En este tipo de expedientes se observa un incremento de 21 respecto a los seis primeros meses de 2008.

**CUADRO V.  
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS CLASIFICADAS POR RAMOS O  
AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS	NÚMERO	% S/TOTAL
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	738	30,37
Vida	417	17,16
Vehículos terrestres	288	11,85
Enfermedad	258	10,62
Defensa jurídica	198	8,15
Perdidas pecuniarias diversas	143	5,88
Accidentes	110	4,53
Decesos	106	4,36
Responsabilidad civil general	105	4,32
Asistencia	67	2,76
<b>TOTAL</b>	<b>2.430</b>	<b>100,00</b>

El cuadro V refleja las reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2009 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos.

Como se puede observar, los seguros multirriesgos, los del ramo de vida, vehículos y enfermedad alcanzan el 70% del total de reclamaciones de seguros iniciadas durante el primer semestre de 2009.

Los seguros denominados comercialmente multirriesgos, como los de hogar, comunidades de propietarios, industriales y otros, son contratos que incluyen una gran variedad de coberturas de distintos ramos, como incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes, responsabilidad civil, defensa jurídica y asistencia. Sin embargo, en el cuadro anterior, cuando nos referimos a multirriesgos como una agrupación de ramos, solamente se incluyen los ramos incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes. Por tanto, siguiendo la tendencia apuntada en años anteriores, en el primer semestre de 2009, estos ramos, aparecen en primer lugar con un 30,37% del total de reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2009.

En segundo lugar, aparecen las reclamaciones del ramo de vida con un 17,16% del total. Se observa una disminución en términos porcentuales del 4% respecto al informe anual de 2008.

El ramo de vehículos ocupa el tercer puesto respecto al número de reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2009 alcanzando un 11,85% del total. Este porcentaje es similar al del informe anual de 2008.

El cuarto lugar lo ocupa el ramo de enfermedad con un 10,62% del total de las reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2009. Hay que destacar el crecimiento en el número de reclamaciones de este ramo, ya que durante el primer semestre de 2009, se sitúa cercano al del ramo de vehículos.

Los ramos restantes se reparten el 30% de las reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2009, en las que hay que destacar, que al igual que ocurría en el informe del primer trimestre del año, el incremento en el número de reclamaciones relacionadas con el ramo de pérdidas pecuniarias diversas que del noveno puesto en el año 2008 ha pasado a situarse en el sexto en 2009.

**CUADRO VI  
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS ATENDIENDO  
A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN.**

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	116	30,05
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	101	26,17
Solicitud y proposición	38	9,84
Declaración del riesgo al firmar el contrato	31	8,03
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	19	4,92
Impago de la prima	17	4,40
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	14	3,63
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	11	2,85
Intereses de demora	5	1,30
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	5	1,30
Información al tomador; la nota informativa	5	1,30
Regulación del beneficiario	4	1,04
Seguros colectivos falta de información entre partes	3	0,78
Resolución unilateral seguro de vida	3	0,78
Declaración del siniestro	2	0,52
Otras materias	12	3,11
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>21,91</b>

RAMO1.-ACCIDENTE	Nº	%
------------------	----	---

<b>RAMO1.-ACCIDENTE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	26	48,15
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	20	37,04
Solicitud y proposición	3	5,56
Otras materias	5	9,26
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>3,06</b>

<b>RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	54	38,57
Declaración del riesgo al firmar el contrato	22	15,71
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	19	13,57
Impago de la prima	9	6,43
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	8	5,71
Modificaciones del contrato; en especial subida de prima	8	5,71
Solicitud y proposición	6	4,29
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	2,86
Otras materias	10	7,14
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>7,95</b>

<b>RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	64	24,33
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	43	16,35
Impago de la prima	26	9,89
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	20	7,60
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	16	6,08
Derecho libre elección de abogado y procurador	15	5,70
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	13	4,94
Solicitud y proposición	12	4,56
Seguro de robo	11	4,18
Acción directa frente a la compañía	7	2,66
Modificaciones del contrato ;en especial subida de prima	5	1,90
Defensa del responsable	5	1,90
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	0,76
Seguro de R.C.	2	0,76
Contenido mínimo del contrato	2	0,76
Capital y sumas aseguradas	2	0,76

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Transmisión objeto asegurado	2	0,76
Seguro obligatorio del automóvil	2	0,76
Otras materias	14	5,32
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>14,93</b>

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	242	53,30
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	77	16,74
Seguro de robo	36	7,93
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	29	6,39
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	15	3,30
Modificaciones del contrato ;en especial subida de prima	11	2,42
Solicitud y proposición	11	2,42
Infraseguro y sobreseguro	9	1,98
Prescripción	4	0,88
Intereses de demora	3	0,66
Declaración del siniestro	3	0,66
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	2	0,44
Riesgos extraordinarios.	2	0,44
Otras materias	11	2,42
<b>TOTAL</b>	<b>455</b>	<b>25,82</b>

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	41	34,75
Acción directa frente a la compañía	29	24,58
Defensa del responsable	14	11,86
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	11,86
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	6	5,08
Solicitud y proposición	2	1,69
Contenido mínimo del contrato	2	1,69
Otras materias	10	8,47
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>6,70</b>

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	52	73,24

<b>RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	6	8,45
Solicitud y proposición	4	5,63
Declaración del riesgo al firmar el contrato	3	4,23
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	2	2,82
Otras materias	4	5,63
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>4,02</b>

<b>RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Derecho libre elección de abogado y procurador	126	91,97
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	7	5,11
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	3	2,19
Otras materias	1	0,73
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>7,78</b>

<b>RAMO 18.- ASISTENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	50	83,33
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	6	10,00
Otras materias	4	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>3,41</b>

<b>RAMO 19.- DECESOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Modificaciones del contrato; en especial subida de prima	25	32,05
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	22	28,21
Capital y sumas aseguradas	15	19,23
Impago de la prima	8	10,26
Declaración del riesgo al firmar el contrato	3	3,85
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	2	2,56
Otras materias	3	3,85
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>4,42</b>

<b>TODOS LOS RAMOS</b>	<b>Nº</b>
<b>TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS SEMESTRE 2009</b>	<b>1.762</b>

Estos cuadros ofrecen información acerca de los asuntos más habituales de reclamación en cada uno de los ramos de los expedientes resueltos en el primer semestre de 2009.

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

Cada tabla incluye el porcentaje que supone cada asunto sobre el total de reclamaciones de un ramo. Al final de cada tabla se indica la proporción entre el número de expedientes resueltos de un ramo y el total de expedientes resueltos en materia de seguros.

Como en años anteriores, en el semestre de 2009, los ramos con mayor número de reclamaciones resueltas son los referidos a incendios y elementos de la naturaleza y otros daños a bienes, vida y vehículos, con unos porcentajes del 25,82%, 21,91% y 14,93% respectivamente, con respecto al total de reclamaciones resueltas.

Con carácter general, en todos los ramos, ocupan un lugar destacado por su número, las reclamaciones referidas a divergencias en la interpretación del clausulado de los contratos, si bien cada ramo reviste ciertas particularidades.

### **Principales motivos de reclamación en los seguros de personas.**

Dentro del **ramo de vida**, del total de reclamaciones resueltas durante el primer semestre de 2009, el 30,05% han estado motivadas por divergencias existentes en la aplicación e interpretación de la póliza. En este tipo de contratos, sobre todo en aquellos que tienen un alto componente de ahorro, es fundamental que las cláusulas sean claras y precisas para no crear confusión al tomador, de tal manera que éste conozca qué tipo de seguro está suscribiendo y en qué circunstancias (riesgos cubiertos, posibilidad de rescate, cálculo del valor de rescate, etc.). Esta información es especialmente relevante en aquellos seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión o aquéllos en los que el valor de rescate está referenciado al valor de mercado de inversiones asignadas a la póliza.

Asimismo y relacionado con lo anterior, le siguen las reclamaciones relativas a los derechos especiales del tomador en los seguros de vida, fundamentalmente relacionadas con el derecho rescate. Son reclamaciones en las que el asegurado manifiesta sus discrepancias con el importe de la prestación recibida, principalmente, por no estar determinado claramente el derecho de rescate en las pólizas o en la nota informativa previa a la contratación. Respecto a lo anterior, hay que recordar que la normativa reguladora del contrato de seguro dispone que los valores de rescate debe figurar en una tabla de valores o, en su defecto, debe recogerse el mecanismo de cálculo y de los valores mínimos, tanto en la nota informativa como en la póliza.

Las reclamaciones relativas a la solicitud y proposición del contrato de seguro han representado un 9,84% del total de reclamaciones del ramo de vida resueltas durante este primer semestre. Las divergencias surgen fundamentalmente porque lo que figura en la póliza no coincide con la solicitud firmada por el tomador o la propuesta realizada por la entidad, que sirvió de base para contratar el seguro.

Siguen siendo importantes, por su número, aquellas reclamaciones relativas a la declaración del riesgo al firmar el contrato, y en concreto a los errores e inexactitudes al cumplimentar el cuestionario de salud, fundamental en los seguros de vida para una correcta valoración del riesgo. Estas inexactitudes pueden provocar el rechazo del siniestro de acuerdo con los artículos 10 y 89 de la Ley de contrato de seguro, por lo que debe resaltarse la importancia de los cuestionarios de salud por parte de quienes comercializan seguros de vida. Asimismo, se señala la importancia de que las entidades aseguradoras realicen una adecuada valoración del riesgo en el momento de la contratación y elaboren unos cuestionarios completos, pues en muchas ocasiones están redactados de forma tan genérica que no permiten apreciar si realmente existió tal inexactitud en las declaraciones.

Relacionadas con lo anterior, están las reclamaciones relativas al pago de la indemnización y del importe mínimo. Éstas se centran en el rechazo del pago de la indemnización prevista porque la entidad considera que existió dolo o mala fe en la declaración de salud del asegurado.

El 4,4% de las reclamaciones resueltas en este ramo se refieren a la prima, en concreto son frecuentes las reclamaciones relativas al cobro de la prima única, en seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios que se comercializan a prima única. Así, en caso de amortización anticipada del préstamo, los reclamantes solicitan que les sea devuelta la parte de la prima no consumida.

En el **ramo de accidentes**, las reclamaciones se centran fundamentalmente en las divergencias existentes en la aplicación e interpretación de las pólizas, así como en la determinación del grado de invalidez en caso de siniestro, remitiendo, en este caso, las entidades al trámite de peritos médicos previsto en la Ley de Contrato de Seguro, y por ende, también son numerosas las relacionadas con la indemnización propuesta por la entidad conforme al baremo.

En el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, un alto porcentaje de las reclamaciones presentadas, se refieren a las discrepancias existentes a la hora de aplicar e interpretar las cláusulas contenidas en este tipo de pólizas. Así, destacan aquéllas en las que se discute si las nuevas técnicas o tratamientos aplicados a prestaciones garantizadas están cubiertos o no, de acuerdo con la redacción del condicionado. Le siguen las reclamaciones relativas a la declaración del riesgo al firmar el contrato y las que se centran en la valoración del siniestro, remitiendo las entidades al trámite de peritos médicos previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Otro de los asuntos que motivan las reclamaciones son por las modificaciones de los contratos realizadas por las entidades de forma unilateral al vencimiento anual del contrato, aunque se observa una disminución respecto años anteriores.

En el **seguro de decesos**, la principal causa de conflicto está en la subida de primas que se da a medida que aumenta la edad del asegurado, el coste de los servicios ofrecidos y por la incorporación de nuevos servicios o prestaciones que los asegurados no han solicitado, como puede ser la atención psicológica. Asimismo, en este ramo son numerosas las reclamaciones por divergencias existentes en la aplicación e interpretación de las pólizas y sobre el capital y las sumas aseguradas.

### **Principales motivos de reclamación en los seguros de daños y patrimoniales.**

En los ramos relacionados con los seguros de vehículos, tanto daños propios como responsabilidad civil, los asuntos más destacados, como en la mayoría de los ramos, son las divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza contratada, las discrepancias en cuanto a la valoración del siniestro y los relacionados con el pago de la prima. Le siguen en importancia los referidos a la modificación de la duración del contrato que lleva aparejada la reclamación del importe de la parte de prima no consumida cuando se transmite la propiedad del vehículo o cuando se produce la baja definitiva del mismo en el Registro de la Dirección General de Tráfico. Además, hay que destacar las reclamaciones que versan sobre la aplicación de cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, en concreto la cláusula que se refiere a la indemnización de los daños propios sufridos por el vehículo cuando el valor de la reparación supera un determinado porcentaje del valor venal en el momento de producirse el siniestro.

Por otro lado, conviene subrayar que la aplicación de los convenios entre compañías, por los que el perjudicado es indemnizado por su propia entidad aseguradora, en vez de por la del causante del accidente, crea una cierta confusión a los perjudicados, pues en muchos casos éstos 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.



En las reclamaciones de los **ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes** los asuntos más destacados son también la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada, las discrepancias en cuanto a la valoración del siniestro. Asimismo hay que destacar el elevado número de reclamaciones relacionadas con la garantía de robo. 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 el incumplimiento por parte de las entidades aseguradoras del plazo de cuarenta días desde que se comunica el siniestro para efectuar el pago de importe mínimo. Cabe referirse también a las reclamaciones que versan tanto sobre la duración como sobre las modificaciones del contrato y en especial, la modificación relativa al incremento de la prima.

En el ramo de **responsabilidad civil general**, las reclamaciones que versan sobre divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza están motivadas, especialmente, por la falta de claridad en su redacción, observándose esta circunstancia principalmente en las coberturas de las pólizas de responsabilidad civil profesional. En segundo lugar le siguen en importancia las que se refieren al derecho a ejercer la acción directa contra la entidad aseguradora del causante del siniestro. Otro asunto que genera un gran número de reclamaciones es el referido a la dirección jurídica que asume, salvo pacto en contrario, el asegurador frente a la reclamación del perjudicado.

En el ramo de **pérdidas pecuniarias diversas**, el asunto que genera mayor número de reclamaciones es, de nuevo, la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza, el incumplimiento por parte de la entidad aseguradora del plazo de cuarenta días desde la comunicación del siniestro para realizar el pago del importe mínimo, así como el referido a la solicitud y proposición del seguro especialmente en la comercialización de pólizas ligadas a préstamos denominadas “seguro de protección de pagos”. Este tipo de seguro ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato indefinido) y, la de incapacidad temporal para el resto de trabajadores. En estas pólizas, la causa de las reclamaciones está en que los asegurados creen que están cubiertos frente a las dos contingencias, cuando estas coberturas son alternativas dependiendo de cuál sea la situación laboral del asegurado.

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 de sus honorarios. Es de destacar también el número de reclamaciones que versa sobre la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza.

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 cuando se produce el siniestro.

Para finalizar, resulta necesario recalcar la importancia de la entrega, por parte de las entidades aseguradoras, de las condiciones generales y particulares a los tomadores, no sólo porque es una obligación legal, sino porque la falta de conocimiento de las condiciones del contrato origina gran parte de las reclamaciones, pues se desconoce el contenido completo de los derechos y obligaciones que asume cada una de las partes.

#### **CUADRO VII. CONSULTAS RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

MATERIA	Nº	%
Seguros de vida; cuestiones específicas	17	18,08
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	16	17,02
Datos sobre la existencia de seguros	12	12,77

Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	9	9,57
Cuestiones relacionadas con la prima	6	6,38
Seguros obligatorios del automóvil	6	6,38
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	4	4,26
Información para plantear reclamación	3	3,19
Solicitud y proposición	2	2,13
Seguro de R.C.	2	2,13
Infraseguro y sobreseguro	2	2,13
Otras materias	15	15,96
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

El cuadro VIII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2009.

Los cuatro asuntos que han motivado el mayor número de consultas representan casi el 60% del total de las consultas resueltas durante el primer semestre de 2009 y se refieren a las siguientes cuestiones: seguro de vida, interpretación y aplicación de la póliza, datos sobre seguros y modificaciones del contrato.

La primera posición, con un 18,08% del total, la ocupan las consultas sobre cuestiones específicas relacionadas con los seguros de vida. La preocupación de los ciudadanos por los seguros de vida se sitúa como una de las cuestiones sobre las que más información se solicita debido a su complejidad técnica. Las consultas más habituales de este ramo plantean dudas sobre las características de los seguros como instrumento de ahorro y su naturaleza actuarial, ya que en muchas ocasiones son confundidos con otros productos de carácter exclusivamente financiero. Asimismo, en este ramo también han sido muy numerosas las consultas referidas a los seguros de vida vinculados a préstamos.

Como viene siendo habitual, la interpretación y aplicación de la póliza, sigue siendo una de las cuestiones más planteadas debido a la complejidad y extensión cada vez mayor de los condicionados de las pólizas. En este sentido debe resaltarse la importancia que tiene que las entidades aseguradoras y los mediadores, en su función de asesoramiento, de explicar las coberturas de la póliza y cualquier otra duda que pueda surgir al asegurado o tomador, tanto antes de la suscripción como durante la vida del contrato. Asimismo, debe prestarse especial atención por las entidades a que las pólizas estén redactadas de forma clara y sencilla.

La tercera posición la ocupan, con un 12,77% del total, las solicitudes de información sobre los seguros en los que una persona, física o jurídica, puede figurar como tomador, asegurado o beneficiario o sobre la situación de una entidad en concreto. En estos casos se explica que la DGSFP no dispone de ningún registro sobre las pólizas que emiten las entidades aseguradoras, no obstante, se expone que en el caso de seguros con coberturas de fallecimiento pueden solicitar información sobre los seguros en los que figura como asegurado una persona fallecida al Registro de Contratos de Seguro de Cobertura de Fallecimiento.

Las consultas relacionadas con las modificaciones de los contratos de seguro ocupan la cuarta posición y representan el 9,57% del total, en estos casos la información solicitada hace referencia a la forma y requisitos necesarios para realizar modificaciones en los contratos de seguros, ya sea a iniciativa de la entidad o del tomador del seguro.

Asimismo, también hay que destacar las consultas relacionadas con el impago de la prima y con los seguros obligatorios, en especial las relativas al seguro obligatorio de caución sobre el percibo de cantidades anticipadas en la construcción y venta de viviendas.

**CUADRO VIII.  
QUEJAS RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	3	42,86
Indemnización e importe mínimo	2	28,57
Otras materias	2	28,57
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Como viene siendo habitual el número de quejas es muy reducido, alcanzando la cifra de 7 en el primer semestre del ejercicio 2009, debido fundamentalmente a que en los escritos de reclamación, es habitual que, conjuntamente a la petición de reparación o restitución de un derecho o a la solicitud de una pretensión de carácter económico, se manifieste el descontento por la actuación de la entidad aseguradora, por lo que dicho expediente se tramita de forma unitaria bajo la calificación de reclamación.

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. Al igual que en ejercicios anteriores, los tomadores de seguros de vida con componente de ahorro, comercializados por las entidades de crédito, se quejan por la falta de información sobre las características técnicas del seguro y por su semejanza con productos de renta fija, lo que les induce a contratarlos sin tener plena conciencia de que son productos de naturaleza actuarial.

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.

### 3. Planes de Pensiones

Esta parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes relacionados con la materia de planes de pensiones individuales.

**CUADRO IX.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE RECLAMACIONES INICIADAS.**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	12	6	18
Febrero	27	12	39
Marzo	28	23	51
Abril	23	8	31
Mayo	24	11	35
Junio	42	11	53
<b>2009</b>	<b>156</b>	<b>71</b>	<b>227</b>
<b>2008</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>76</b>

En este cuadro se detallan por meses, el número de expedientes admitidos a trámite y los no admitidos.

El número de reclamaciones referidas a planes y fondos de pensiones iniciadas por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2009 se elevó a 227, por lo que se observa un incremento en 151 expedientes con respecto a los seis primeros meses de 2008, lo que en términos porcentuales supone un incremento del casi el 200%.

En concreto, la cifra de reclamaciones admitidas a trámite ha ascendido a 156 y el número de reclamaciones no admitidas ha sido de 71, lo que supone unos incrementos respecto primer semestre del año 2008 de un 225% y 153%, respectivamente.

**CUADRO X.  
RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Movilización derechos consolidados. Incumplimiento de los plazos máximos para la movilización. Desacuerdos con la valoración de derechos consolidados	22	32,84
Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de plan de pensiones sin autorización del interesado, límite de aportaciones al plan de pensiones	11	16,42
Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y modificación de las mismas	9	13,43
Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al plan de pensiones con posterioridad a la jubilación.	6	8,96
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.	6	8,96
Demora en el cobro de la prestación	4	5,97
Supuestos especiales de liquidez; enfermedad grave y desempleo larga duración.	3	4,48
Asuntos referentes a la invalidez, cobro de prestaciones por invalidez absoluta, incapacidad y aportaciones sucesivas, incapacidad permanente y aportaciones para la jubilación	2	2,99
Otras materias	4	5,98
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,00</b>

Este cuadro clasifica las reclamaciones resueltas, durante el primer semestre de 2009, por el Servicio de Reclamaciones en materia de planes de pensiones individuales en función de los asuntos.

Al igual que durante el año 2008, el principal motivo de las reclamaciones han sido los problemas ocasionados en la movilización de los derechos consolidados, fundamentalmente el incumplimiento de los plazos máximos para la movilización y la valoración de los derechos. En segundo lugar, las reclamaciones relativas a la información comercial que se ofrece al cliente tanto previa a la contratación como en el asesoramiento posterior. También hay que destacar las reclamaciones sobre las formas de cobro prestaciones y sus modificaciones, las aportaciones a planes de pensiones por personas ya jubiladas y las relacionadas con discrepancias con la valoración de las prestaciones.

**1º.- Movilización de los derechos consolidados.**

En el primer semestre de 2009 se tramitaron 22 reclamaciones sobre este motivo, lo que representa, aproximadamente, un tercio de las reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones. En unos casos, la reclamación se refería a la diferencia entre la valoración de los derechos consolidados cuando se solicitó la movilización y el valor de los derechos cuando se efectuó, y en otros casos, a la demora en la ejecución de la orden de movilización.

**2º.- Información comercial recibida por el partícipe en el momento de su adhesión al plan de pensiones, así como el asesoramiento sobre las prestaciones.**

Las reclamaciones siguen poniendo de manifiesto la falta de información comercial completa suministrada en el momento de la contratación. Numerosas reclamaciones inciden en que se realizó un incorrecto asesoramiento, por ejemplo, sin mencionar la posibilidad de sufrir pérdidas de valor de los derechos consolidados.

### **3º.- Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y modificación de las mismas.**

Las reclamaciones por este motivo se producen generalmente por las prestaciones en forma de renta financiera temporal, ya que la entidad suele indicar 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. 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.

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

Las reclamaciones por este motivo siguen siendo uno de los principales motivos de reclamación, principalmente por la aplicación de régimen transitorio, establecido en la disposición transitoria sexta del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, en la que se regula el régimen aplicable a los partícipes jubilados antes de 1 de julio de 2006 que no hubieran iniciado el cobro de la prestación y que hubieran realizado aportaciones desde la jubilación hasta el 1 de enero de 2007, puesto que deben destinar dichas aportaciones exclusivamente para la contingencia de fallecimiento. Los partícipes que se jubilaron después del 1 de julio de 2006 que realizaron aportaciones desde la jubilación hasta el inicio del cobro de la prestación correspondiente a esta contingencia, pueden percibir dichas aportaciones como consecuencia de la jubilación.

### **5º.- Otros motivos.**

Son considerables las reclamaciones relativas a la valoración de las prestaciones, sobre todo, por la diferencia entre la valoración de la prestación efectuada en el momento de solicitar la prestación y la finalmente recibida.

También son numerosas las reclamaciones presentadas por demoras en el cobro de la prestación. Estas reclamaciones siguen estando relacionadas con la documentación que se requiere a los partícipes para comenzar a percibir la prestación, ya que se ocasionan retrasos que en ocasiones no están justificados.

## **4. Mediación**

Esta parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes relacionados con la actividad de mediación realizada por los corredores y corredurías de seguros.

**CUADRO XI.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS.**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	7	5	12
Febrero	4	3	7

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Marzo	4	1	5
Abril	7	1	8
Mayo	4	4	8
Junio	5	1	6
<b>AÑO 2009</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>46</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>35</b>

El cuadro XI recoge el número total de expedientes admitidos a trámite y los no admitidos contra corredores y corredurías de seguros.

El número de reclamaciones iniciadas por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2009 frente a estos mediadores se elevó a 46, por lo que se observa un incremento de un 31,43% respecto al mismo periodo del año anterior, y que en número suponen 11 expedientes más.

Se aprecia que son las reclamaciones admitidas a trámite las que han aumentado en un 47,61%, aunque en valores absolutos las cifras no son significativas. Se observa, un índice llamativamente bajo de reclamaciones contra corredores y corredurías, considerando que éstos intervienen en un elevado número de operaciones de seguro.

#### **CUADRO XII. RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	12	38,71
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	8	25,81
Mediadores que se extralimitan de las funciones otorgadas o del número de entidades para las que puede trabajar.	3	9,68
Falta de independencia del corredor de seguros o reaseguros.	2	6,45
Otras materias	6	19,35
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

El cuadro XII recoge los principales motivos de reclamación en materia de mediación de los expedientes terminados durante el primer semestre del año 2009.

Los dos motivos más importantes de reclamación fueron, por un lado, la deficiente o inexistente asistencia del mediador durante la gestión del siniestro y por otro lado, la confusa o incompleta información ofrecida previamente a la contratación. Se recuerda que los deberes del corredor, en el ejercicio de su función de mediación, se regulan, entre otros, en el artículo 26 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, que establece que los corredores deberán informar a quien se dirija a ellos para concertar un seguro, sobre las condiciones del contrato que a su juicio conviene suscribir y ofrecer la cobertura que, de acuerdo a su criterio profesional, mejor se adapte a las necesidades de aquél; asimismo, velarán por la concurrencia de los requisitos que ha de reunir la póliza de seguro para su eficacia y plenitud de efectos y vendrán obligados durante la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido a facilitar al tomador, al asegurado y al

beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento.

## 5. Comercialización por entidades de crédito.

En este apartado se muestran aquellas reclamaciones en las que el motivo generador de la reclamación es la actuación de las entidades de crédito en la comercialización de planes de pensiones.

**CUADRO XIII.  
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES INICIADAS.**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACION	RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACION NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	1	0	1
Febrero	2	0	2
Marzo	19	0	19
Abril	0	0	0
Mayo	2	0	2
Junio	0	2	2
<b>AÑO 2009</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>26</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>128</b>

El cuadro XIII ofrece información sobre el número total de expedientes iniciados durante el primer semestre de 2009, en materia de comercialización de planes de pensiones por entidades de crédito.

El número total de expedientes en esta materia se elevó a 26, de ellas 24 corresponden a reclamaciones que dieron lugar a un procedimiento frente a una entidad de crédito, mientras que 2 no fueron admitidas por no cumplir los requisitos legales exigidos.

Se ha producido una disminución con respecto al número de reclamaciones del primer semestre del año 2008. No obstante, como se ha indicado anteriormente, la razón de esta disminución no deriva de una caída de las reclamaciones en esta materia, sino por el hecho de que a partir de julio de 2008, en esta clasificación, solo se incluyen las reclamaciones presentadas contra las entidades de crédito por la actividad de la comercialización realizada en **planes de pensiones**, ya que las reclamaciones frente a una entidad de crédito, autorizada como operador de banca seguros de acuerdo con la Ley 26/2006, de 17 de julio de mediación de seguros y reaseguros privados, se registran frente a la entidad aseguradora. En consecuencia, los datos que aparecen en el primer semestre del 2008, incluyen reclamaciones frente a entidades de crédito tanto por razón de la comercialización de seguros como de planes de pensiones, por lo que la comparación de cifras resulta insignificante ya que no contienen datos homogéneos.

**CUADRO XIV.  
RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La información sobre el condicionado fue incorrecta confusa o incompleta Otros	44	95,65

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Otras materias.	2	4,34
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Los datos reflejados en el cuadro anterior muestran la totalidad de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en el primer semestre de 2009 en materia de comercialización de 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 trascendentes como la indisponibilidad de las aportaciones realizadas a planes de pensiones o sobre las condiciones de las bonificaciones ofrecidas por las entidades de crédito por la contratación de planes de pensiones. Estas bonificaciones suelen exigir el mantenimiento de los derechos consolidados durante un periodo de tiempo y deben reintegrarse si se efectúa una movilización de los derechos consolidados a otro plan de pensiones gestionado por otra entidad gestora. Las reclamaciones suelen hacer referencia a que esta última condición no se comunicó en el momento de la contratación y por las deducciones practicadas en las cuentas corrientes de los partícipes sin una explicación que las relacione con el incumplimiento del mantenimiento de los derechos consolidados en el plan de pensiones.

Es importante volver a incidir en que la información facilitada al cliente en el momento de la contratación de un producto ha de ser clara y comprensible para él. Es necesario que el cliente comprenda y entienda las características del producto y como consecuencia identifique las consecuencias contractuales del mismo.

## 6. Unidad de Atención al Público

**CUADRO XV.  
CONSULTAS ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

TIPO	AÑO 2009	AÑO 2008
Telefónico	8.914	6.279
Visitas	899	839
<b>TOTAL</b>	<b>9.813</b>	<b>7.118</b>

La Unidad de Atención al Público es la encargada de facilitar a los ciudadanos el asesoramiento e información en materia de seguros, planes y fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito. En esta Unidad el asesoramiento se realiza actualmente por vía telefónica y a través de las visitas de los ciudadanos a la sede de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Madrid.

El cuadro anterior muestra las cifras totales de las consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público, durante el primer semestre de 2009. Las consultas telefónicas ascendieron a 8.914, mientras que las presenciales alcanzaron las 899. En el mismo periodo de 2008 se atendieron 6.279 consultas telefónicas y 839 presenciales, por lo que se ha incrementado la actividad de esta Unidad en un 37,86% durante el primer semestre de 2009.



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

RAMO	%
Vehículos	41,07
Multirriesgos (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	27,07
Vida	15,87
Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)	6,20
Decesos	4,32
Asistencia	1,84
Responsabilidad civil general	1,49
Accidentes	1,22
Defensa jurídica	0,50
Mercancías Transportadas	0,15
Vehículos marítimos, lacustres y fluviales	0,11
Crédito	0,04
Otros daños a los bienes	0,04
Responsabilidad civil vehículos aéreos	0,04
Vehículos ferroviarios	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

El cuadro anterior ofrece la información sobre los ramos que dan lugar a mayor número de consultas personales y telefónicas, atendidas en la Unidad de Atención al Público durante los seis primeros meses de 2009.

Los tres motivos más habituales de consulta coinciden también con los ramos que mayor número de reclamaciones generan aunque las posiciones de éstos no sean las mismas, observándose que el ramo de vehículos es el que ocupa la primera posición en el número de consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público.

Como puede observarse del total de consultas recibidas, el 41,07% se referían al seguro de **automóviles**. 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 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.

Las consultas en materia de seguros **multirriesgos** del hogar y de las comunidades de propietarios han alcanzado un porcentaje del 27,07%. 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.

En el ramo de **vida** el porcentaje de consultas ascendió al 15,87%. Las consultas en este ramo se refieren habitualmente a las características de los productos contratados y a sus derechos como titulares de estos seguros, poniendo en evidencia la deficiente información recibida en el momento de la suscripción.

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.

## 7. Tramitaciones Telemáticas.

Como ya se indicó, en informes anteriores, entre los procedimientos administrativos susceptibles de tramitación a través del registro telemático se encuentra el de presentación, tramitación y resolución ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de las reclamaciones, quejas y consultas relacionadas con contratos de seguro y planes de pensiones a las que se refiere la normativa sobre protección de los clientes de servicios financieros.

El acceso a los procedimientos telemáticos implantados en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se realiza a través de la Oficina Virtual y entre ellos, se encuentra un enlace al procedimiento ante el Servicio de Reclamaciones.

Desde junio de 2008 resulta posible realizar la presentación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de cualquier documentación referente a este procedimiento por vía telemática, mediante firma electrónica.

En concreto, en el procedimiento telemático ante el Servicio de Reclamaciones establecido en la Oficina Virtual se distingue entre la posibilidad de presentación de documentación por las entidades y por los ciudadanos, diferenciando a su vez para estos últimos entre presentación de consultas, quejas o reclamaciones y documentación adicional a un expediente en trámite.

Respecto a la experiencia desde su implantación, el cuadro que se muestra a continuación refleja el número documentos presentados a través de procedimientos telemáticos, desde su implantación en junio de 2008 hasta junio de 2009. Como puede observarse, son las entidades las que más utilizan este sistema de comunicación para la presentación de alegaciones. En general, estas cifras todavía resultan muy modestas comparadas con la documentación presentada en papel, sin embargo se espera que su uso se incremente progresivamente.

**CUADRO XVII.  
DOCUMENTACIÓN RECIBIDA POR VÍA TELEMÁTICA**

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES
Junio	6	3	0	0
Julio	11	8	2	6
Agosto	14	11	4	0
Septiembre	16	6	6	9
Octubre	25	11	8	16
Noviembre	20	22	9	94
Diciembre	10	19	15	75
<b>TOTAL 2008</b>	<b>102</b>	<b>80</b>	<b>44</b>	<b>200</b>
Enero	21	17	15	50
Febrero	17	14	9	84
Marzo	15	13	13	79
Abril	22	21	9	97
Mayo	13	14	10	110
Junio	21	16	6	170

<b>TOTAL 2009</b>	<b>109</b>	<b>95</b>	<b>62</b>	<b>590</b>
-------------------	------------	-----------	-----------	------------

Además para lograr que todo el procedimiento pueda ser realizado por medios telemáticos, desde enero de 2009 se estableció la posibilidad de que las comunicaciones entre la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y las entidades financieras puedan ser realizadas exclusivamente por medios telemáticos. Por lo tanto, las entidades que lo deseen pueden adherirse voluntariamente a este nuevo procedimiento de recepción telemática de notificaciones.

Para la adhesión a este sistema de comunicaciones es necesario que las entidades firmen un protocolo por el cual las partes se comprometen a que en el procedimiento al que da lugar la presentación de una reclamación de un usuario de servicios financieros, las comunicaciones y notificaciones que se efectúen a lo largo del mismo sean exclusivamente telemáticas.

Las entidades que hasta la fecha de presentación de este informe se han adherido al procedimiento de comunicación telemática son las reflejadas en el siguiente cuadro.

**CUADRO XVIII.  
ENTIDADES ADHERIDAS A LAS COMUNICACIONES TELEMÁTICAS**

<b>CODIGO ENTIDAD</b>	<b>DENOMINACION SOCIAL</b>
C0692	AIDE ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS,S.A
C0109	ALLIANZ, CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS
E0152	ASPECTA ASSURANCE INTERNATIONAL LUXEMBUR
C0723	AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0085	BANSABADELL PENSIONES, S.A.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS
C0557	BANSABADELL VIDA, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0584	CAHISPA S.A. DE SEGUROS DE VIDA -
C0038	CAHISPA S.A. DE SEGUROS GENERALES -
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA.DE SEGS.Y REASEGUROS
C0727	CATOC VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0764	CLICKSEGUROS, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0554	COSALUD, S.A. DE SEGUROS -
C0731	DEPSA, SDAD ANON DE SEG Y REASEGUROS
M0134	FIATC MUTUA DE SEGS.Y REASEGS. A PRIMA FIJA
C0720	LINEA DIRECTA ASEGURADORA, SA CIA SEG REASG
C0058	MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS,S.A
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGS. Y REASEG.
C0320	SANITAS SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0468	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A.DE SGS.
C0517	SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0530	ZURICH ESPAÑA CIA. DE SEGUROS Y REASEGS.
C0039	ZURICH VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEG. SA

En cuanto a los resultados, desde su implantación hasta el 30 de junio de 2009 se han realizado por el Servicio de Reclamaciones un total de 500 envíos telemáticos.