

ÍNDICE

INICIO

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO PRIMER SEMESTRE 2010.

- 1. Cifras generales**
- 2. Seguros**
- 3. Mediación**
- 4. Planes de Pensiones**
- 5. Comercialización por entidades de crédito.**
- 6. 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.

Mediación.

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

Planes de Pensiones.

- XI. Evolución mensual de 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.

Tramitaciones Telemáticas.

- XV. Documentación recibida por vía telemática.
- XVI. Entidades adheridas a las comunicaciones telemáticas.

INICIO

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 2010.

Este documento sirve como avance de los datos globales que se publicarán en el informe anual que el Servicio de Reclamaciones elaborará para el conjunto de 2010.

De forma similar a como se ha estructurado el documento en años precedentes, este informe estadístico semestral se divide en seis 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 seguros y 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, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas contra los corredores y corredurías de seguros.

- La cuarta parte, cuadros XI y XII, contiene las cifras de los expedientes relacionados con la materia de planes y fondos de pensiones.

- 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 seguros y planes de pensiones.

- La sexta y última parte, cuadros XV y XVI, 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 2010, 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 en los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010, independientemente de que se iniciaran en el primer semestre de 2010 o en años anteriores.

CAPÍTULO I. INFORME ESTADÍSTICO PRIMER SEMESTRE 2010.

1. Cifras generales

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

PERÍODO	2008	2009	2010
Enero	595	554	592
Febrero	551	810	803
Marzo	473	816	977
Abril	627	675	905
Mayo	541	765	1.014
Junio	719	985	983
TOTALES	3.506	4.605	5.274

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 2008, 2009 y 2010.

El total de escritos presentados durante el primer semestre del año 2010 se ha elevado a 5.274, por lo que se observa un incremento de 669 expedientes con respecto al primer semestre del año 2009 y de 1.768 con respecto al del año 2008, lo que supone aproximadamente un 15% y un 50% respectivamente.

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

MES	Reclamaciones de seguros	Reclamaciones de planes	Reclamaciones de mediadores	Reclamaciones de Comercialización	Consultas Seguros	Consultas Planes	Quejas	Escritos no admitidos	TOTAL
Enero	309	19	9	0	9	9	2	235	592
Febrero	487	21	6	0	22	17	4	246	803
Marzo	499	24	9	0	17	17	3	408	977
Abril	577	10	13	0	33	5	2	265	905
Mayo	625	17	18	0	20	15	7	312	1.014
Junio	517	19	7	0	14	12	6	408	983
TOTAL 2010	3.014	110	62	0	115	75	24	1.874	5.274
TOTAL 2009	2.430	156	31	24	110	129	30	1.695	4.605

El cuadro II completa la información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados durante el primer semestre de 2010.

Del total de 5.274 expedientes iniciados, 3.186, es decir, el 60,40%, 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 3.186 expedientes de reclamación, 3.014 corresponden a contratos de seguros, 110 a planes y fondos de pensiones y 62 a mediación. 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 2010, el 94,60% del total de reclamaciones iniciadas, mientras que las correspondientes a la materia de planes de pensiones y mediación representan en conjunto un 5,40%.

Con respecto a los datos del primer semestre de 2009, las reclamaciones de seguros se incrementaron en 584 expedientes, es decir, un 24,03%; las de planes de pensiones se han reducido en 46 expedientes, lo que supone una disminución del 29% y en los expedientes relacionados con la mediación hay un aumento de 31 unidades, lo que en términos porcentuales supone un crecimiento del 100%.

Por último, en materia de comercialización por entidades de crédito no han existido reclamaciones durante el primer semestre del año 2010, por lo que han experimentado una disminución del 100%.

El número de **consultas en materia de seguros** presentadas durante el primer semestre del año 2010 se ha elevado a 115 consultas frente a las 110 del ejercicio anterior, lo que implica un descenso del 4,5%.

Respecto a las **consultas sobre planes de pensiones** se han iniciado un total de 75 durante el primer semestre de 2010, lo que supone una disminución del 41,86% respecto al año anterior.

El número total de **quejas** recibidas se ha elevado a 24, por lo que se observa una disminución de 6 expedientes.

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 1.874 expedientes. Se observa que se ha producido un incremento, respecto al mismo periodo del año 2009, de 179 expedientes, lo que supone un porcentaje del 10,56%.

CUADRO III. ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
1) Reclamaciones		2.911	59,07
Informe favorable a la entidad	1.197		
Informe favorable al reclamante	903		
Informe remisión al trámite pericial	412		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	228		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	150		
Informe asuntos sub iudice	21		
2) Escritos no admitidos		1.874	38,03
No cumple requisitos para abrir expediente	1.420		
Solicitud ampliación información	237		

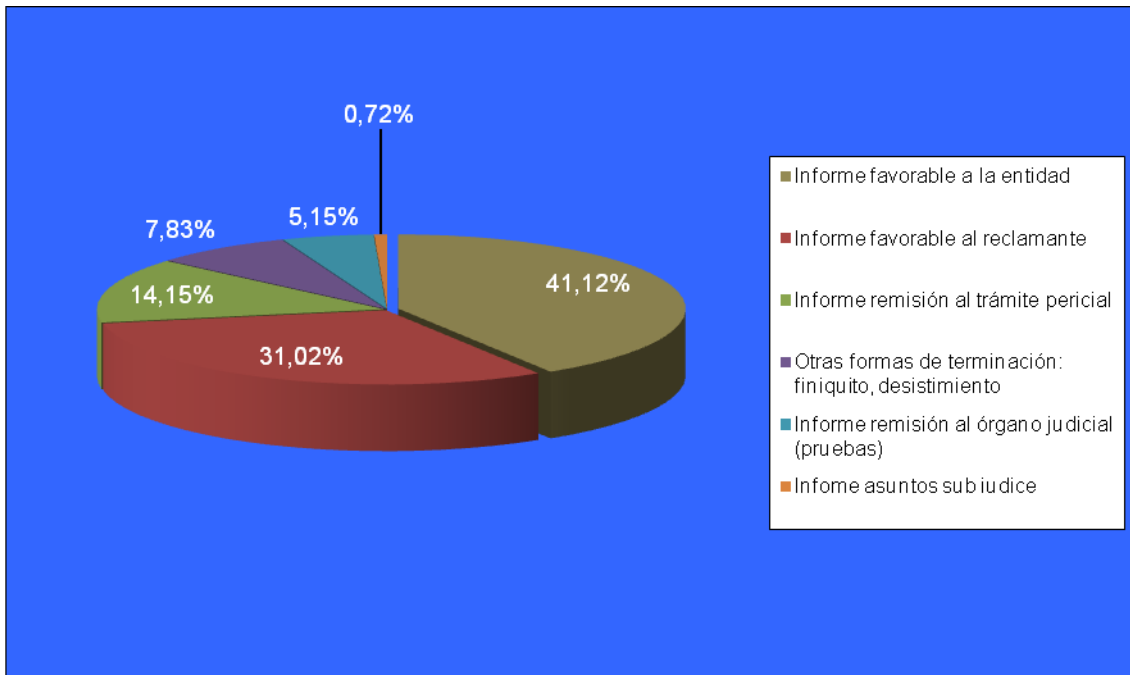
Falta de firma u otros requisitos formales	59		
No competente por gran riesgo	49		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	47		
No competente con traslado Banco España	22		
No competente con traslado a otros órganos	25		
No legitimado	13		
No competentes con traslado CNMV	2		
TOTAL RECLAMACIONES		4.785	
CONSULTAS			
3) Resolución de Consultas		126	2,56
QUEJAS			
4) Resolución de quejas		17	0,34
EXPEDIENTES TERMINADOS		4.928	100,00

El cuadro III ofrece información sobre la totalidad de expedientes resueltos por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2010. Estos datos corresponden a expedientes cuya tramitación ha finalizado durante los seis primeros meses del año, independientemente de que se iniciaran en el año 2010 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 relacionadas con contratos de seguros y planes de pensiones y las quejas resueltas durante los seis primeros meses del año 2010.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACION



Del total de los expedientes terminados, 2.911 son expedientes de reclamación, lo que supone un 59,07% del total de expedientes resueltos en el primer semestre de 2010. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente forma:

- a) La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir, desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 1.197, lo que supone el 41,12% del total de las reclamaciones resueltas.
- b) Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 903, lo que supone el 31,02% del total. Si se descompone ese porcentaje, un 15,93% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 15,09% terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste.
- 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 412, lo que representa el 14,15% 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 228 y suponen el 7,83% 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 150, lo que supone el 5,15% 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 21 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 0,72% 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 1.874, lo que representa el 38,03% 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 75,77% 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.

La siguiente causa de no admisión está motivada por no disponer, los escritos presentados por el reclamante, de datos suficientes 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 237 expedientes por el citado motivo, lo que supone aproximadamente un 12,64% 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 en el primer semestre de 2010 por esta causa un total de 59 expedientes, lo que supone el 3,14% 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 2010 se han producido 145 inadmisiones por este motivo, lo que supone aproximadamente un 7,73% 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, quejas 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 participe o beneficiario en un plan de pensiones, aunque este supuesto tiene una escasa relevancia cuantitativa. En total en el primer semestre del año 2010, esta cifra se ha elevado a 13 expedientes.

La cifra de consultas en materia de contrato de seguro y de planes y fondos de pensiones resueltas durante el primer semestre del año 2010 se eleva a 126. Esta cifra supone un 2,56% del total.

Por último, el número de quejas resueltas es de 17, apreciándose un carácter residual de las mismas ya que suponen el 0,34% del total de expedientes resueltos durante el primer semestre de 2010.

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 2010, el 94,17% de la totalidad de reclamaciones iniciadas.

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

PERÍODO	RECLAMACIONES	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTAS NO ADMITIDAS	QUEJAS	QUEJAS NO ADMITIDA	TOTAL
Enero	309	220	9	9	2	0	549
Febrero	487	225	22	12	4	1	751
Marzo	499	386	17	10	3	0	915
Abril	577	241	33	12	2	0	865
Mayo	625	296	20	3	7	0	951
Junio	517	392	14	7	6	0	936
AÑO 2010	3.014	1.760	115	53	24	1	4.967
AÑO 2009	2.430	1.555	110	51	30	1	4.177

El cuadro anterior ofrece información sobre el total de expedientes iniciados en materia de seguros durante el primer semestre del año 2010, clasificados por tipos de expedientes.

El número de expedientes iniciados en el primer semestre del año 2010 fue de 4.967. Se observa un aumento con respecto a la cifra de expedientes iniciados en el primer semestre del año anterior de 790 expedientes lo que supone un incremento del 18,91%.

Del total de 4.967 expedientes iniciados, 4.774 corresponden a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 168 se refieren a consultas y 25 están relacionados con quejas.

De los 4.774 expedientes iniciados correspondientes a **reclamaciones de seguros**, cabe distinguir:

- 3.014 corresponden a expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación. Esta cifra, respecto al primer semestre del año anterior ha aumentado en 548 expedientes, lo que supone en términos porcentuales un incremento del 24,03%.
- 1.760 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 también un incremento de este tipo de expedientes con respecto al primer semestre del año anterior de aproximadamente un 13,18%.

La cifra de expedientes relacionados con **consultas** es de 168, de los cuales 115 fueron admitidos y 53 fueron consultas no admitidas por referirse a una concreta operación con una entidad determinada o por la falta de requisitos formales. Se observa que, la cifra global de este tipo de expedientes ha aumentado ligeramente respecto al primer semestre del año anterior, en concreto, se ha elevado en 7.

Por último, las **quejas** iniciadas durante el primer semestre de 2010 se elevan a 25, de las cuales 1 no fue admitida por no cumplir los requisitos legales exigidos por la normativa sobre transparencia y protección de la clientela y 24 dieron lugar a un procedimiento de queja. En este tipo de expedientes, al igual que en los expedientes de consulta, también se observa una leve disminución respecto a la cifra del primer semestre de 2009.

**CUADRO V.
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2010 CLASIFICADAS POR RAMOS O
AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS ó AGRUPACIONES	NÚMERO	% S/TOTAL
Multirriesgo (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	899	29,83
Enfermedad	445	14,76
Vida	350	11,61
Vehículos terrestres	343	11,38
Perdidas pecuniarias diversas	263	8,73
Defensa jurídica	240	7,96
Responsabilidad civil general	141	4,68
Accidentes	132	4,38
Decesos	126	4,18
Asistencia	75	2,49
TOTAL	3.014	100,00

El cuadro V refleja las reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2010 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos.

Como se puede observar, los seguros multirriesgos, los del ramo de enfermedad, vida y vehículos terrestres suponen el 67,58% del total de reclamaciones de seguros iniciadas en los seis primeros meses de 2010.

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 de “incendios y elementos naturales” y “otros daños a los bienes”. Por lo tanto y siguiendo la tendencia de años anteriores, en el primer semestre de 2010, estos ramos, aparecen en primer lugar con un 29,83% del total de reclamaciones de seguros iniciadas en el primer semestre de 2010.

El segundo lugar lo ocupan, por primera vez, por delante del ramo de vida y de vehículos, las reclamaciones relacionadas con el ramo de enfermedad, con un total de 445 expedientes en el primer semestre de 2010, lo que representa el 14,76% del total. En este ramo continúa la tendencia de crecimiento del número de reclamaciones ya señalada en informes anteriores, habiéndose incrementado los expedientes en 258 respecto al primer semestre del año anterior, lo que en términos porcentuales supone el 72,48%, no obstante, respecto al porcentaje que representan sobre el total de reclamaciones iniciadas en el semestre, el incremento es del 4,14%. Este aumento viene originado principalmente por la subida de las primas de los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria, así como por los conflictos que se plantean sobre si determinadas prestaciones se encuentran o no cubiertas por la póliza.

El ramo de vida aparece en tercer lugar con un total de 350 reclamaciones, lo que representa el 11,61% del total de reclamaciones. Con respecto a los datos del primer semestre de 2009, el número de reclamaciones ha disminuido en 67 expedientes. Asimismo, el porcentaje que representan las reclamaciones del ramo de vida sobre el total de iniciadas en el semestre ha disminuido en un 5,55%.

En cuarto lugar se encuentra el ramo de vehículos, con 343 reclamaciones iniciadas, lo que supone el 11,38% del total, pudiendo apreciarse un incremento de 55 expedientes con respecto a 2009. Sin embargo, en términos porcentuales el ramo de Vehículos ha disminuido en un 0,47% con respecto al total de reclamaciones iniciadas en el primer semestre del año anterior.

Por último, en el resto de los ramos, se observa un aumento general en el número de reclamaciones respecto al primer semestre del año 2009, debiendo destacarse las correspondientes al ramo de pérdidas pecuniarias diversas, que ha pasado a ocupar el quinto lugar, por encima del ramo de defensa jurídica, que en el primer semestre del año anterior le precedía. En concreto, en el ramo de pérdidas pecuniarias diversas se ha producido un aumento en 120 expedientes, lo que en términos porcentuales supone un incremento del 83,91%. Se acentúa pues, la tendencia de crecimiento, puesta de manifiesto en informes de años anteriores. El motivo principal de incremento de la reclamaciones en este ramo está relacionado con la actual situación de desempleo en España, lo que ha aumentado la siniestralidad en los seguros de protección de pagos vinculados a préstamos, que garantizan, durante el periodo fijado en la póliza, el pago de las cuotas correspondientes al préstamo del asegurado, en caso de desempleo o incapacidad temporal.

**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	158	33,47
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	74	15,68
Solicitud y proposición	63	13,35
Impago de la prima	33	6,99
Declaración del riesgo al firmar el contrato	28	5,93
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	22	4,66
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	18	3,81
Consentimiento de las partes	15	3,18
Intereses de demora	9	1,91
Modificaciones del contrato. En especial la subida de la prima	9	1,91
Resolución unilateral seguro de vida	7	1,48
Regulación del beneficiario	6	1,27
Seguros colectivos. Falta de información entre partes	4	0,85
Prescripción	2	0,42
Inexactitud en la declaración de la edad	2	0,42

RAMO 0.- VIDA	Nº	%
Derechos de terceros en la indemnización	2	0,42
Otras materias	20	4,24
TOTAL	472	17,46

RAMO1.-ACCIDENTE	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	72	60,00
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	13	10,83
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	10	8,33
Solicitud y proposición	6	5,00
Prescripción	4	3,33
Impago de la prima	3	2,50
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	1,67
Intereses de demora	2	1,67
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	2	1,67
Otras materias	6	5,00
TOTAL	120	4,44

RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	130	46,59
Declaración del riesgo al firmar el contrato	47	16,85
Modificaciones del contrato. En especial la subida de la prima	27	9,68
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	18	6,45
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	18	6,45
Solicitud y proposición	13	4,66
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	3,23
Impago de la prima	4	1,43
Intereses de demora	2	0,72
Otras materias	11	3,94
TOTAL	279	10,32

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	89	26,65
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	44	13,17
Seguro de robo	35	10,48
Impago de la prima	34	10,18

RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES	Nº	%
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	30	8,98
Solicitud y proposición	24	7,19
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	14	4,19
Acción directa frente a la compañía	12	3,59
Modificaciones del contrato	8	2,40
Defensa del responsable	6	1,80
Agravación y disminución del riesgo	6	1,80
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	6	1,80
Seguro obligatorio del automóvil	5	1,50
Transmisión objeto asegurado	4	1,20
Declaración del riesgo al firmar el contrato	3	0,90
Declaración del siniestro	3	0,90
Intereses de demora	2	0,60
Derecho libre elección de abogado y procurador	2	0,60
Otras materias	7	2,10
TOTAL	334	12,36

RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	459	61,36
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	88	11,76
Seguro de robo	66	8,82
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	25	3,34
Infraseguro y sobreseguro	23	3,07
Modificaciones del contrato	21	2,81
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	21	2,81
Impago de la prima	10	1,34
Declaración del riesgo al firmar el contrato	7	0,94
Solicitud y proposición	7	0,94
Seguro de incendios	5	0,67
Contenido mínimo del contrato	3	0,40
Agravación y disminución del riesgo	2	0,27
Capital y sumas aseguradas	2	0,27
Otras materias	9	1,20
TOTAL	748	27,67

RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	45	50,57
Acción directa frente a la compañía	19	21,35
Defensa del responsable	12	13,48
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	4,49
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	3	3,37
Solicitud y proposición	2	2,25
Otras materias	4	4,49
TOTAL	89	3,29

RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	209	83,94
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	20	8,03
Solicitud y proposición	13	5,22
Declaración del riesgo al firmar el contrato	4	1,61
Otras materias	3	1,20
TOTAL	249	9,21

RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA	Nº	%
Derecho libre elección de abogado y procurador	214	98,17
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	4	1,83
TOTAL	218	8,07

RAMO 18.- ASISTENCIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	93	92,08
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	2	1,98
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	2	1,98
Otras materias	4	3,96
TOTAL	101	3,74

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	31	33,33
Capital y sumas aseguradas	22	23,66
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	18	19,35
Impago de la prima	8	8,60
Coaseguro	5	5,38
Otras materias	9	9,68

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
TOTAL	93	3,44

TODOS LOS RAMOS	Nº	%
TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS 1º SEMESTRE 2010	2.703	100

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 2010.

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 2010, 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 27,67%, 17,46% y 12,36% 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.

El principal motivo de las reclamaciones resueltas durante el primer semestre del año 2010 en el **ramo de vida** ha sido la divergencia en la aplicación e interpretación de los condicionados de las pólizas, lo que pone de manifiesto que la transparencia y claridad de los contratos de seguros en general y, de las pólizas de vida en particular, sigue siendo un objetivo a alcanzar por parte de las entidades aseguradoras. En este sentido es fundamental que la información recogida en los contratos de seguros sea lo suficientemente comprensible y transparente, de tal forma que pueda ser entendido por quienes adquieren este tipo de productos.

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 13,35% 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.

Otra de las causas que ha dado lugar a un número elevado de reclamaciones en el ramo de vida ha sido la falta de pago de la prima y sus consecuencias, bien por la extinción del contrato o, en su caso, por el cálculo del valor de reducido del seguro.

Siguen destacando en el ramo de vida, las reclamaciones sobre el rechazo al pago de la prestación por inexactitudes cometidas en la declaración del riesgo realizada por el tomador previa a la suscripción del seguro. En este sentido es preciso recordar, tanto a los asegurados como a las entidades aseguradoras, la importancia que adquiere la declaración del riesgo a través de los cuestionarios de salud en las pólizas de vida, pues permiten, por un lado realizar una adecuada valoración del riesgo previa a la contratación, y, por otro, es la única vía para poder fundamentar el rechazo al pago de la prestación en caso de enfermedad preexistente no declarada.

En el **ramo de accidentes** destacan los problemas que surgen en la aplicación de los condicionados, principalmente por las diferentes interpretaciones que las partes contratantes realizan de las cláusulas establecidas en la póliza. Muchas de las reclamaciones también se plantean por las divergencias en la valoración del siniestro, concretamente por la determinación del grado de incapacidad y, por tanto, de la prestación correspondiente, remitiendo las compañías al trámite de peritos médicos previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Otro de los motivos que ha generado reclamaciones en este ramo ha sido el retraso en el pago de la prestación, exigiendo las entidades, en ocasiones, excesiva documentación para el pago de la misma, sin tener en cuenta el plazo para el pago del importe mínimo.

En el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria** casi la mitad 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.

Como en el ramo de vida, también destacan las reclamaciones que tienen su origen en la declaración del riesgo realizada por el tomador a través del cuestionario de salud y en la interpretación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. Le siguen las reclamaciones relativas a modificaciones unilaterales del contrato de seguro para el período siguiente, modificaciones que afectan fundamentalmente al precio del seguro.

En el **seguro de decesos**, la principal causa de conflicto está en las modificaciones contractuales propuestas por la entidad aseguradora, generalmente subidas de primas, ya sean debidas éstas a la mayor edad del asegurado, al incremento del coste de los servicios de enterramiento o a la incorporación de nuevos servicios o prestaciones que los asegurados no han solicitado, como la atención psicológica. También se producen discrepancias como consecuencia de la petición de devolución de la parte de capital asegurado no utilizado en el servicio prestado.

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

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, los asuntos más destacados son la divergencia en la aplicación e interpretación de las cláusulas del contrato, las discrepancias en cuanto a la valoración de los daños, los relacionados con la cobertura de robo y con el pago de la prima, así como con el derecho de oposición a la prórroga por cualquiera de las partes del contrato. También se han iniciado un número importante de expedientes relacionados con la solicitud de seguro y con la falta de pago de la entidad del importe mínimo en el plazo de cuarenta días a partir de la declaración del siniestro.

Además, hay que destacar las reclamaciones que se refieren a la denominada acción directa, esto es, el derecho que reconoce la Ley al perjudicado de reclamar directamente frente a la compañía aseguradora del causante del daño.

Relacionado con la anterior, conviene destacar 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 que versan tanto sobre la duración como sobre las modificaciones del contrato y en especial, la modificación relativa al incremento de la prima. Al tratarse, en la mayoría de los casos, de seguros de hogar, cobra importancia la fijación en la póliza del valor de la suma asegurada del continente y del contenido, dando lugar en muchas ocasiones a reclamaciones relacionadas con infraseguro. También son importantes las reclamaciones relativas al 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.

En el ramo de **responsabilidad civil general**, más de la mitad de los expedientes resueltos versan sobre discrepancias en la aplicación e interpretación de la póliza. El origen hay que buscarlo en la falta de claridad en su redacción, en especial en las pólizas de responsabilidad civil profesional.

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. Como se puso de manifiesto en el informe del año 2009, se observa que se ha generalizado la comercialización de pólizas ligadas a préstamos denominadas “seguro de protección de pagos”, que ofrecen dos coberturas alternativas, la de desempleo (si se cumplen determinados requisitos en la situación laboral del asegurado, generalmente tratarse de trabajadores con contrato laboral de carácter 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.

En el ramo de **asistencia** la causa de reclamación más frecuente es la referida a las discrepancias surgidas en la aplicación e interpretación de la póliza. El origen hay que buscarlo en una categoría concreta de estos seguros, los de asistencia en viaje, comercializados 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, una vez más, resulta necesario resaltar 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	8	14,04

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	7	12,28
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	8,77
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	5	8,77
Impago de la prima	4	7,02
Información sobre entidades	4	7,02
Seguro obligatorio del automóvil	4	7,02
Información para plantear reclamación	3	5,26
Solicitud y proposición	2	3,51
Derecho libre elección de abogado y procurador	2	3,51
Otras materias	13	22,81
TOTAL	57	100,00

El cuadro VII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones en el primer semestre de 2010.

Los asuntos que han motivado el mayor número de consultas se refieren a las siguientes cuestiones: seguro de vida, interpretación y aplicación de la póliza, la duración y las modificaciones del contrato.

La primera posición, con un 14,04% 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 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 y cuarta posición la ocupan las consultas relacionadas con la duración y modificación de los contratos. Una de las modificaciones que más preocupa a los interesados es la subida de las primas, especialmente en los seguros de asistencia sanitaria y decesos, que suelen ir ligadas a factores como el incremento de la edad y el aumento del coste de las prestaciones.

Asimismo, también hay que destacar las consultas relacionadas con el impago de la prima y aquellas en las que se solicita información sobre una determinada entidad aseguradora o sobre un contrato de seguro. En especial, han sido numerosas las relativas a la existencia de un registro de pólizas y las relacionadas con la solvencia de las entidades.

Por último, las consultas relacionadas con diferentes aspectos del seguro obligatorios de vehículos siguen siendo habituales.

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

MATERIA	Nº	%
Seguro de caución	15	88,24
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	2	11,76
TOTAL	17	100,00

El cuadro VIII ofrece información sobre los asuntos que han generado el mayor número de quejas durante el primer semestre de 2010.

El número de quejas es muy reducido, debido fundamentalmente a que en los escritos de reclamación es habitual que conjuntamente se formulen quejas o se manifieste el descontento por la actuación de la entidad aseguradora, y dicho expediente se tramita de forma unitaria bajo la calificación de reclamación, puesto que se solicita la reparación o restitución de un derecho o una pretensión de carácter económico.

No obstante, se observa un crecimiento de los expedientes de queja, pasando de 7 en el primer semestre de 2009 a 17 en los seis primeros meses de 2010, aunque en términos numéricos el aumento no es significativo. Sin embargo, como ya se indicó en el Informe Anual de 2009, la razón de este aumento no viene estrictamente motivada por un incremento de las quejas según se definen en el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, si no a la inclusión en este apartado de los expedientes relacionados con seguros de caución, respecto a los que se ha seguido procedimiento especial.

Como ya se señaló en informes anteriores, debido a la crisis del sector inmobiliario en España, han sido muy numerosas las quejas y reclamaciones relacionadas con el seguro obligatorio de caución sobre percibo de cantidades anticipadas en la construcción y venta de viviendas, regulado por la Ley 57/1968, de 27 de julio y por la disposición adicional primera de la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. Este seguro de caución al tener la consideración de gran riesgo, conforme al artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguros, no puede ser tramitado por los procedimientos establecidos por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros.

Sin embargo, y debido a la gran importancia social del seguro obligatorio de caución sobre percibo de cantidades anticipadas en la construcción y venta de viviendas, ya que en muchos casos las cantidades entregadas por los adquirentes de las viviendas al promotor significan una buena parte de los ahorros de las familias, el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones cuando los ciudadanos no están conformes con la actuación de la entidad aseguradora en relación con el citado seguro, no resuelve sobre el fondo del asunto esta reclamaciones, pero ha instruido un procedimiento especial que consiste en las siguientes actuaciones:

- emite un informe en el que explica al asegurado las características de los seguros de caución, la regulación aplicable a los mismos y los mecanismos de resolución de conflictos existentes.

- da traslado de la queja o reclamación del asegurado a la entidad aseguradora correspondiente con el objetivo de que la misma sea consciente de la situación de su asegurado y pueda proponer una solución.

Además, en el cuadro VIII se observa que el número de quejas motivadas por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, este año ha sido de 2. Éstas 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 las coberturas o prestaciones.

3. Mediación

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

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

PERÍODO	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	9	1	10
Febrero	6	1	7
Marzo	9	3	12
Abril	13	9	22
Mayo	18	5	23
Junio	7	2	9
AÑO 2010	62	21	83
AÑO 2009	31	15	46

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

El número de reclamaciones referidas a estos mediadores iniciadas por el Servicio de Reclamaciones durante el primer semestre del año 2010 se elevó a 83, por lo que se observa un incremento de un 80,43% respecto al mismo periodo del año anterior.

Se aprecia un aumento de las reclamaciones tanto admitidas como no admitidas. En concreto, las primeras se han incrementado en un 100% y las segundas en un 40%, aunque en valores absolutos las cifras no son significativas, por lo que se observa un índice llamativamente bajo de reclamaciones contra corredores y corredurías, considerando que intervienen en un elevado número de operaciones de seguros.

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

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	30	61,22
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	5	10,20
Otras materias	14	28,57
TOTAL 2010	49	100,00

El cuadro X recoge los principales motivos de reclamación en materia de mediación de los expedientes resueltos durante el primer semestre del año 2010.

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.

4. Planes de Pensiones

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

En concreto, el Servicio de Reclamaciones, a través de la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones, atiende y resuelve las quejas y reclamaciones presentadas por partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales, así como las consultas presentadas por particulares en materia de planes y fondos de pensiones.

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

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	CONSULTAS	ESCRITOS NO ADMITIDOS	TOTAL
Enero	19	9	5	33
Febrero	21	17	7	45
Marzo	24	17	9	50
Abril	10	5	3	18
Mayo	17	15	8	40
Junio	19	12	7	38
AÑO 2010	110	75	39	224
AÑO 2009	156	129	71	356

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

La cifra de reclamaciones, tanto admitidas como no admitidas, ha ascendido en el primer semestre del año 2010 a 143, lo que supone una disminución porcentual del 37% originada, fundamentalmente, por el descenso en las reclamaciones de planes no admitidas.

El número de reclamaciones de planes de pensiones iniciadas y admitidas por el Servicio de Reclamaciones en los seis primeros meses del año 2010 se ha reducido en 46 expedientes en comparación con el mismo periodo del año 2009, lo que en términos porcentuales se traduce en una disminución del 29,49%. Se puede afirmar, por tanto, que se ha producido un descenso significativo en el número de reclamaciones iniciadas y admitidas con respecto a los datos del ejercicio anterior.

Respecto de las consultas presentadas por particulares en materia de planes y fondos de pensiones, el número de expedientes presentados tanto admitidos como no admitidos ha sido de 81, de los cuales 75 han sido consultas admitidas y 6 son escritos no admitidos por carecer de los requisitos exigidos por la normativa vigente para su admisión a trámite. En comparación con los datos relativos al ejercicio 2009, se aprecia una disminución considerable en el número de consultas admitidas que ha pasado de 129 a 75, lo que representa una disminución del 41,86%.

En relación con los escritos no admitidos, tanto de consultas como de reclamaciones, destaca el significativo descenso que han experimentado, lo que ha supuesto en términos porcentuales una disminución del 45,07%, es decir, se han reducido casi a la mitad con respecto a los no admitidos en el 2009. Este descenso revela un mayor conocimiento por parte de los reclamantes sobre los requisitos y contenidos mínimos que debe reunir la queja o reclamación presentada, eludiendo, de esta manera, las posibles causas de inadmisión de la reclamación.

CUADRO XII. RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Información a partícipes y beneficiarios, comercialización y publicidad	37	26,62
Movilización de derechos consolidados	21	15,11
Desempleo de larga duración y enfermedad grave	18	12,95
Cobro prestaciones. Formas y plazos	17	12,23
Valoración de derechos consolidados e importe de las prestaciones	15	10,79
Inversiones	10	7,19
Jubilados (aportaciones, 2ª actividad, jubilación anticipada...)	7	5,04
Incapacidad y dependencia	4	2,88
Beneficiarios por fallecimiento	3	2,16
Partícipes que no pueden acceder a jubilación	1	0,72
Otros	6	4,32
TOTAL	139	100,00

El cuadro XII refleja los motivos de reclamación más frecuentes de los expedientes terminados durante el primer semestre de 2010.

El principal motivo de reclamación durante este periodo ha sido los problemas relacionados con la información suministrada a los partícipes tanto en el momento de la contratación como el asesoramiento posterior recibido. En segundo lugar, se encuentran las reclamaciones relativas a los problemas surgidos con ocasión de la movilización de derechos consolidados, en particular, el incumplimiento de los plazos máximos para la movilización y la valoración de los derechos. También merecen especial atención las reclamaciones presentadas en relación con los supuestos excepcionales de liquidez, discrepancias sobre el importe y plazos para el cobro de las prestaciones, así como las que ponen de manifiesto quejas sobre la gestión de las inversiones a la vista de las minusvalías sufridas en el valor de los derechos consolidados.

1º.- Información comercial recibida por el partícipe en el momento de su adhesión al plan de pensiones, así como el asesoramiento recibido en materia de prestaciones

En el primer semestre de 2010 se tramitaron 37 reclamaciones sobre este asunto, lo que representa un 26,62% del total de reclamaciones resueltas sobre planes de pensiones individuales. Numerosas reclamaciones hacen referencia a la información sesgada e incompleta recibida en el momento de la contratación del plan de pensiones; por ejemplo,

omitiéndose informar al partícipe sobre la dependencia del valor de los derechos consolidados respecto del valor de mercado de las inversiones y la consiguiente posibilidad de sufrir pérdidas en el valor de los derechos consolidados. Por otra parte, destaca la existencia de reclamaciones sobre la contratación de planes de pensiones sin consentimiento de su titular.

2º.- Movilización de los derechos consolidados

El 15,11% de las reclamaciones tramitadas durante el primer semestre de 2010 corresponde a reclamaciones sobre cuestiones que giran en torno a la movilización de derechos consolidados. De esta forma, entre las 21 reclamaciones tramitadas, encontramos casos en los que se observan discrepancias respecto a la valoración de los derechos consolidados movilizados, y otros supuestos relativos a la demora en la ejecución de la orden de traspaso.

3º.- Supuestos excepcionales de liquidez

Las actuales circunstancias económicas han ocasionado un aumento en las solicitudes de rescate de los planes de pensiones bajo estos supuestos excepcionales de liquidez, lo que ha implicado un incremento de la importancia relativa de las reclamaciones tramitadas por este motivo respecto de las resueltas en el primer semestre de 2009. Así pues, las 18 reclamaciones tramitadas en esta materia han representado un 12,95% del total de reclamaciones resueltas durante el primer semestre de 2010, frente al 4,48% que supusieron las resueltas en el mismo periodo de 2009.

En la mayor parte de las reclamaciones tramitadas se alega falta de claridad y concreción en la información suministrada al partícipe sobre los requisitos que debe reunir y qué documentación ha de presentarse para acreditar su cumplimiento, lo que en ocasiones conlleva la dilatación injustificada del procedimiento de rescate.

En este ámbito, se informa que se encuentra publicada en la web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones una consulta sobre el plazo para la atención de solicitudes de rescate por desempleo de larga duración. De conformidad con la misma, este Centro Directivo considera que lo dispuesto en el artículo 10.4 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones en relación con el plazo de 7 días hábiles para el abono de las prestaciones de planes de pensiones en forma de capital inmediato, resulta aplicable a los supuestos excepcionales de liquidez teniendo en cuenta el principio de aplicación analógica de las normas recogido en el artículo 4.1 del Código Civil.

4º.- Desacuerdos en la forma y plazos de cobro de las prestaciones

Los expedientes tramitados por esta causa han experimentado un ligero aumento respecto del mismo periodo del año 2009. En concreto, se han tramitado 17 expedientes que han representado un 12,23% del total, frente al 8,96% del primer semestre de 2009. En la mayoría de los expedientes tramitados en relación con este asunto, se ha reclamado un retraso en el abono de la prestación, lo que ha ocasionado una pérdida en el valor de los derechos económicos como consecuencia de la rentabilidad negativa experimentada por el plan.

En este sentido, el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones dispone que en caso de tratarse de un capital inmediato, éste deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo máximo de siete días hábiles desde que se presentase la documentación correspondiente.

En otras ocasiones, se reclama el vencimiento anticipado de la prestación consistente en una renta financiera. En estas reclamaciones se pone de manifiesto la inadecuada información proporcionada al beneficiario en el momento de la constitución de la renta. Así, por ejemplo, se observan casos en los que contratándose una renta financiera temporal, el beneficiario manifiesta que desconocía que la duración de la renta podía variar respecto de la estimación inicial, anticipándose su vencimiento, puesto que no fue informado sobre la posible fluctuación del valor de los derechos consolidados como consecuencia de desviaciones en las hipótesis inicialmente utilizadas para la estimación de dicha renta.

En relación con el párrafo anterior, se recuerda que el artículo 10.4 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones dispone que *“El reconocimiento del derecho a la prestación deberá ser notificado al beneficiario mediante escrito firmado por la entidad gestora, dentro del plazo máximo de quince días hábiles desde la presentación de la documentación correspondiente, indicándole la forma, modalidad y cuantía de la prestación, periodicidad y vencimientos, formas de revalorización, posibles reversiones, y grado de aseguramiento o garantía, informando en su caso del riesgo a cargo del beneficiario, y demás elementos definitorios de la prestación, según lo previsto en las especificaciones o de acuerdo a la opción señalada por aquél.”*

5º.- Desacuerdos con la valoración de los derechos consolidados y el importe de las prestaciones recibidas

Las reclamaciones por este motivo siguen teniendo una importancia cuantitativa destacable en la medida en que representan un 10,79% del total de reclamaciones tramitadas durante los seis primeros meses del año.

En este caso y como consecuencia de la crisis de los mercados financieros, se ha observado un considerable aumento de las reclamaciones relativas a discrepancias con la pérdida de valor de los derechos consolidados así como con el importe de las prestaciones cobradas. Los partícipes reclaman una mayor información en cuanto al origen y justificación de las pérdidas sufridas.

6º.- Otros motivos

Destacan las reclamaciones presentadas por desacuerdos con la gestión de las inversiones, así como las tramitadas en relación con el destino de las aportaciones realizadas con posterioridad a la jubilación y discrepancias en cuanto al reconocimiento y cobro por la contingencia de incapacidad.

Por último, merecen ser destacadas las reclamaciones efectuadas por beneficiarios por fallecimiento y por partícipes que no pueden acceder a la jubilación, así como las tramitadas a instancia de reclamantes sujetos al régimen financiero especial de personas con discapacidad.

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 seguros y planes de pensiones.

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

PERÍODO	RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACION	RECLAMACIONES DE COMERCIALIZACION NO ADMITIDAS	TOTAL
AÑO 2010	0	0	0
AÑO 2009	24	2	26

El cuadro XIII ofrece información sobre los expedientes iniciados durante el primer semestre de 2010, en materia de comercialización de planes de pensiones por entidades de crédito.

Como se observa, en el primer semestre de 2010 no se han presentado reclamaciones frente a las entidades de crédito por la comercialización de planes de pensiones, por lo que existe una disminución en el número de reclamaciones de un 100% respecto al mismo periodo del año anterior.

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

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Falta de información sobre el producto contratado	15	75,00
Otros motivos.	5	25,00
TOTAL 2010	20	100

Los datos reflejados en el cuadro anterior muestran la totalidad de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en el primer semestre de 2010 en materia de comercialización de seguros (al finalizar el año 2009 no se habían resuelto la totalidad de reclamaciones presentadas por la comercialización de seguros) y planes de pensiones por entidades de crédito.

En principal motivo de reclamación frente a este tipo de entidades en su labor de comercialización de seguros y planes de pensiones sigue siendo, como en años anteriores, la falta de información en el momento de la contratación.

En relación con la comercialización de planes de pensiones, los partícipes ponen de manifiesto en sus reclamaciones que no conocen las características fundamentales de estos productos, como la iliquidez y la indisponibilidad de los planes de pensiones o sobre las condiciones de las bonificaciones ofrecidas por las entidades de crédito por la contratación de planes de pensiones.

En cuanto a la comercialización de los seguros, fundamentalmente se centran en los contratos de seguros que se suscriben junto con préstamos. Los tomadores suelen quejarse de que las entidades les exigen contratos de seguro de vida por ser obligatorios, y cuando descubren que no lo son por imperativo legal, solicitan su rescisión y el extorno de la prima.

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 suscrito y las consecuencias contractuales del mismo.

6. 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 Sede Electrónica y entre ellos, se encuentra el de la presentación de una consulta, queja o reclamación, a través del enlace 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 Sede Electrónica se distingue entre la posibilidad de presentación de documentación por las entidades y por los ciudadanos, diferenciando a su vez, para estos últimos entre presentación de consultas, quejas o reclamaciones y documentación adicional a un expediente en trámite.

El cuadro que se muestra a continuación refleja el número documentos presentados a través de procedimientos telemáticos, en el primer semestre de 2010.

Como puede observarse, la presentación de documentación por vía telemática se ha duplicado respecto al primer semestre del año 2009, siendo las entidades las que más utilizan este sistema de comunicación para la presentación de alegaciones.

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

PERIODO	CONSULTAS	RECLAMACIONES	DOC. ADICIONAL	ALEGACIONES	TOTAL
Enero	6	12	10	169	197
Febrero	13	20	8	204	245
Marzo	12	27	12	259	310
Abril	15	29	12	262	318
Mayo	7	38	23	257	325
Junio	6	29	25	285	345
TOTAL 2010	59	155	90	1.436	1.740
TOTAL 2009	109	95	62	590	856

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 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 XVI.
ENTIDADES ADHERIDAS A LAS COMUNICACIONES TELEMÁTICAS**

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACION SOCIAL
C0692	AIDE ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0109	ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACION SOCIAL
C0001	ASEGURADORES AGRUPADOS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS "ASEGRUP".
E0152	ASPECTA ASSURANCE INTERNATIONAL LUXEMBUR
C0021	BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0610	BANKINTER SEGUROS DE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0085	BANSABADELL PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0557	BANSABADELL VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0038	CAHISPA, S.A. DE SEGUROS GENERALES.
C0584	CAHISPA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS DE VIDA
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
C0779	CAN SEGUROS GENERALES, S.A.
C0727	CATOC VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS
C0626	CCM VIDA Y PENSIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0554	COSALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
C0731	DEPSA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0166	DUERO PENSIONES, S.A., E.G.F.P.
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0157	HELVETIA COMPAÑIA SUIZA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0072	LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0720	LINEA DIRECTA ASEGURADORA SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0778	MAPFRE CAJA MADRID VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0058	MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
G0121	MAPFRE VIDA PENSIONES, E.G.F.P.
C0511	MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
C0766	MEDITERRANEO SEGUROS DIVERSOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0677	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
G0144	MEDITERRANEO VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
E0182	MONDIAL ASSISTANCE EUROPE NV SUC ESPAÑA
M0140	MUTUALIDAD DE LEVANTE, ENTIDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0741	PELAYO ASISTENCIA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0693	PELAYO MONDIALE VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0320	SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
C0174	SANTA LUCIA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0468	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0619	SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A.
C0697	SEGUROS EL CORTE INGLES, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A.

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACION SOCIAL
C0517	SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0683	SEGUROS LAGUN ARO VIDA, S.A.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, S.A.
M0191	SOLISS, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
C0601	UNION DEL DUERO, COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A.
E0189	ZURICH INSURANCE PLC SUC.ESPAÑA
C0039	ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

En cuanto a los resultados, desde su implantación hasta el 30 de junio de 2010 se han realizado por el Servicio de Reclamaciones un total de 4.823 envíos telemáticos.