

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

## **INFORME ESTADISTICO PRIMER TRIMESTRE 2009**

### **ÍNDICE**

#### **Inicio**

- 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

## 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 trimestre de 2009.

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

Este informe estadístico trimestral 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 contratos 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 y última parte comprende los cuadros XV y XVI, en ella se hace referencia a las cifras de la actividad de la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.
- La séptima parte recoge información sobre la tramitación telemática de expedientes del Servicio de Reclamaciones.

Conviene señalar, que al igual que en años anteriores, las cifras recogidas en los cuadros se refieren bien a expedientes iniciados o bien a expedientes resueltos. Los expedientes iniciados ofrecen los datos relativos a expedientes presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el primer trimestre del año 2009, independientemente de que al finalizar el trimestre, 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 y marzo de 2009, independientemente de que se iniciaran en 2009 o en el año anterior.

## 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
<b>TOTAL</b>	<b>1.547</b>	<b>1.619</b>	<b>2.098</b>

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

El total de escritos presentados durante el primer trimestre del año 2009 se ha elevado a 2.098, por lo que se observa un incremento de 479 expedientes con respecto al primer trimestre del año 2008 y de 559 con respecto al del año 2007, lo que supone aproximadamente un 30% y un 36% 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
<b>AÑO 2009</b>	<b>1.121</b>	<b>67</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>14</b>	<b>808</b>	<b>2.098</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>861</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>7</b>	<b>594</b>	<b>1.619</b>

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

De los 2.098 expedientes iniciados, 1.290, es decir, aproximadamente el 61,5%, son **expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación, consulta o queja** y que han sido presentados por los interesados con la pretensión de obtener la restitución o reparación de un interés o derecho.

Del total de 1.290 expedientes, 1.225 son **reclamaciones** presentadas por los ciudadanos y de ellas, 1.121 son reclamaciones en materia de seguros, 67 son reclamaciones de planes y fondos de pensiones, 15 son reclamaciones en materia de mediación y 22 son reclamaciones en materia de comercialización por entidades de crédito. Como viene siendo habitual son los contratos de seguros los que implican la mayor actividad del Servicio de Reclamaciones, representando aproximadamente el 91,5% del total de las reclamaciones, mientras que las reclamaciones en materia de planes de pensiones, mediación y comercialización, representan en su conjunto un 8,5%.

En conjunto, en el primer trimestre del año, se observa un incremento significativo en el número total de **reclamaciones presentadas**, en casi todos los tipos de expedientes. En materia de seguros, han aumentado en 260 expedientes, lo que supone en términos porcentuales un incremento superior al 30%. En materia de planes de pensiones existe un

incremento del 458%, aunque en términos cuantitativos no supone un elevado número en el total de reclamaciones presentadas. En el primer trimestre de 2009 se han presentado 3 reclamaciones más que en los tres primeros meses de 2008 en materia de mediación.

Por último, en materia de comercialización por entidades de crédito el número de reclamaciones durante el primer trimestre del año 2009 ha sido de 22 con una disminución superior al 50% respecto a 2008. No obstante, como se indicó en el informe anual de 2008, en esta clasificación de reclamaciones, a partir de julio de 2008, únicamente se incluyen aquellas dirigidas frente a las entidades de crédito por la comercialización de planes de pensiones, ya que las reclamaciones presentadas por razón de la comercialización de seguros contra 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. Es decir, los datos del primer trimestre de 2008 incluían tanto reclamaciones frente a entidades de crédito por su actividad de comercialización de planes de pensiones como de seguros, por lo que la comparación con las cifras de 2009 no es significativa ya que no son datos homogéneos.

El número de **consultas** presentadas durante el primer trimestre del año 2009 se eleva a 51, por lo que existe una disminución con respecto al primer trimestre del año anterior que había ascendido a 87, lo que supone un 41% en términos porcentuales.

El número total de **quejas** recibidas se ha elevado a 14, por lo que existe un incremento con respecto al año anterior de 7 expedientes.

Por último, 808 **escritos 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. Se observa que se ha producido un incremento respecto al año anterior de 214 escritos, que supone un aumento en términos porcentuales del 36,02%.

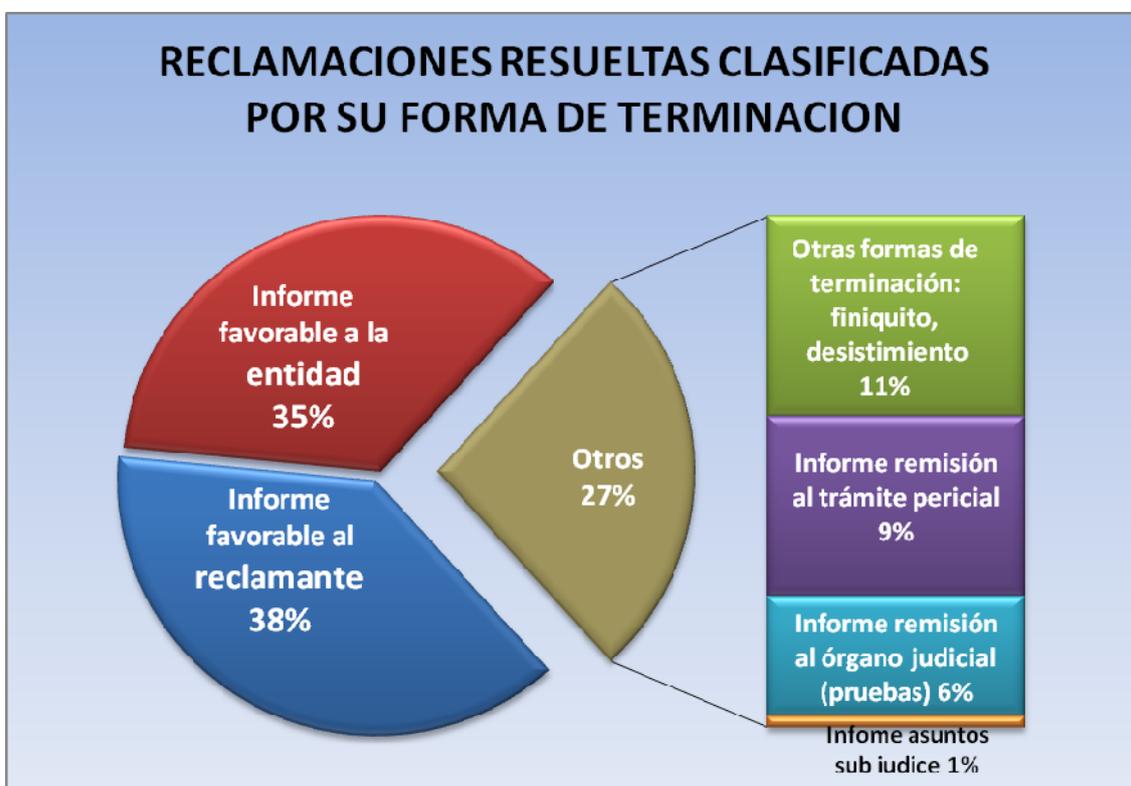
### CUADRO III. ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
<b>Reclamaciones</b>		<b>866</b>	<b>50,06</b>
Informe favorable al reclamante	331		
Informe favorable a la entidad	305		
Otras formas de terminación: finiquito, desistimiento	90		
Informe remisión al trámite pericial	81		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	54		
Informe asuntos sub iudice	5		
<b>Escritos no admitidos</b>		<b>808</b>	<b>46,71</b>
No cumple requisitos para abrir expediente	635		
Solicitud ampliación información	93		
Falta de firma u otros requisitos formales	19		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	18		
No competente por gran riesgo	18		
No legitimado	9		
No competente con traslado Banco España	8		
No competente con traslado a otros órganos	7		
No competentes con traslado CNMV	1		
<b>TOTAL RECLAMACIONES</b>		<b>1.674</b>	
<b>CONSULTAS</b>			
<b>Resolución de Consultas</b>		<b>55</b>	<b>3,18</b>
<b>QUEJAS</b>			
<b>Resolución de quejas</b>		<b>1</b>	<b>0,06</b>
<b>EXPEDIENTES TERMINADOS</b>		<b>1.730</b>	<b>100</b>

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



Del total de los expedientes terminados, 866 son expedientes de reclamación, lo que supone aproximadamente un 50,06% del total de expedientes resueltos en el primer trimestre de 2009. Por su forma de terminación se clasifican de la siguiente manera (ver gráfico):

- a) Las reclamaciones resueltas a favor del reclamante se elevan a 331, lo que supone aproximadamente el 38,22% del total. Si se descompone ese porcentaje, un 21,5% de los expedientes se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 16,7% 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 305, lo que supone el 35,22% del total de las reclamaciones resueltas.

- c) El apartado de "otras formas de terminación" recoge las reclamaciones que finalizan bien por desistimiento del reclamante, bien por la existencia de un finiquito anterior a la interposición de la reclamación. Estas reclamaciones fueron 90 y suponen el 10,39% del total de las resueltas.
- d) 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 81, lo que representa el 9,35% 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.
- 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 54, lo que supone el 6,24% 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 5 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 0,58% 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 808, lo que representa el 46,71% 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 78,59% 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 808 reclamaciones inicialmente no admitidas por no cumplir este requisito, un 34,15% aportaron posteriormente la documentación necesaria para la apertura de un procedimiento de reclamación. Con respecto a la cifra global publicada en el informe estadístico para el conjunto de 2008 se observa que se ha producido una ligera disminución en el porcentaje que posteriormente aportó la documentación.

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 93 reclamaciones por el citado motivo, lo que supone aproximadamente un 11,51% de las causas de no admisión. En este supuesto, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación. Asimismo, los escritos tampoco son admitidos por falta de firma u otros requisitos formales, representando este supuesto el 2,35% 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 trimestre de 2009 se han producido 52 inadmisiones por este motivo, lo que supone aproximadamente un 6,44% del total de las causas de no admisión.

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

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

Por último, otro de los motivos que da lugar a la no admisión de consultas, 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 trimestre del año 2009, esta cifra se ha elevado a 9 expedientes.

La cifra de consultas resueltas durante el primer trimestre del año 2009 se eleva a 55. Esta cifra supone un 3,18% del total, lo que refleja una ligera disminución en el número de las mismas.

## 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 trimestre de 2009, el 92,65% 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 ADMITIDAS	TOTAL
Enero	281	190	24	4	6	0	505
Febrero	437	274	15	9	4	0	739
Marzo	403	268	12	12	4	1	700
<b>AÑO 2009</b>	<b>1.121</b>	<b>732</b>	<b>51</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1.944</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>861</b>	<b>556</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1.514</b>

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

El número de expedientes iniciados en el primer trimestre del año 2009 fue de 1.944. Se observa un incremento con respecto a la cifra de expedientes iniciados en el primer trimestre del año anterior de 430 expedientes lo que supone aproximadamente un 28%.

Del total de 1.944 expedientes iniciados, 1.853 corresponden a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 76 se refieren a consultas y 15 están relacionados con quejas.

De los 1.944 expedientes iniciados correspondientes a **reclamaciones de seguros**, cabe distinguir:

- 1.121 corresponden a expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación. Esta cifra, respecto al primer trimestre del año anterior ha aumentado en

260 expedientes, lo que supone en términos porcentuales un incremento del 30,2% aproximadamente.

- 732 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 trimestre del año anterior de aproximadamente un 31,65%.

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, de lo que se deduce que las entidades aseguradoras y los mediadores deben facilitar a los ciudadanos más información sobre las diferentes instancias de reclamación de la entidad aseguradora.

La cifra de expedientes relacionados con **consultas** es de 51, por lo que se observa una disminución en 36 expedientes, con respecto al mismo trimestre del año anterior.

Por último, las **quejas** iniciadas durante el primer trimestre se elevan a 15. De ellas 1 no fue admitida por incumplir los requisitos exigidos por la normativa sobre transparencia y protección de la clientela y 14 dieron lugar a un procedimiento de queja. Respecto a este tipo de expedientes se observa un incremento de 7 expedientes, lo que supone un aumento del 100% respecto al mismo periodo del año 2008.

#### **CUADRO V. RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2009 CLASIFICADAS POR RAMOS O AGRUPACIONES DE RAMOS**

RAMOS O AGRUPACIONES	NÚMERO	% S/TOTAL
Multirriesgos (Incendio y elementos naturales / Otros daños a los bienes)	337	30,06
Vida	193	17,22
Vehículos terrestres	133	11,86
Enfermedad	114	10,17
Defensa jurídica	90	8,03
Perdidas pecuniarias diversas	74	6,60
Responsabilidad civil general	58	5,17
Accidentes	53	4,73
Decesos	43	3,84
Asistencia	26	2,32
<b>TOTAL</b>	<b>1.121</b>	<b>100,00</b>

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

Como se puede observar, los seguros multirriesgos, los del ramo de vida y vehículos suponen aproximadamente el 60% del total de reclamaciones de seguros iniciadas en los tres primeros meses 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. Al igual que en años anteriores, estos ramos han sido los que han tenido un mayor número de reclamaciones durante el primer trimestre de 2009. En concreto, estas reclamaciones suponen el 30% respecto al total de reclamaciones de seguros iniciadas en el periodo, lo que supone un incremento respecto al porcentaje del año anterior.

En segundo lugar, al igual que quedó reflejado en el informe estadístico de este Servicio del año 2008, se mantiene el ramo de vida con un 17% del total de reclamaciones, manteniendo, prácticamente, los mismos porcentajes que en el último informe.

El ramo de vehículos ocupa el tercer puesto con respecto al número de reclamaciones de seguros iniciadas en el primer trimestre de 2009, alcanzando más de un 11% del total. Este porcentaje es ligeramente inferior al de 2008.

Los nueve ramos restantes se reparten aproximadamente un 40% de las reclamaciones de seguros iniciadas en 2009, en las que cabe resaltar el notable incremento en el ramo de pérdidas pecuniarias diversas, que con un 6,60% del total, asciende al sexto lugar de ramos con mayor número de reclamaciones desde el noveno puesto que ocupaba en el informe anual de 2008.

**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	64	30,19
Especiales derechos del tomador en seguro de vida	58	27,36
Solicitud y proposición	21	9,91
Declaración del riesgo al firmar el contrato	15	7,08
Impago de la prima	10	4,72
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	4,25
Seguros colectivos. Falta de información entre partes	6	2,84
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	5	2,36
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	4	1,89
Regulación del beneficiario	4	1,89
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	4	1,89
Intereses de demora	3	1,42
Declaración del siniestro	2	0,94
Otras materias	7	3,29
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>26,80</b>

RAMO1.-ACCIDENTE	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	12	52,17
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	9	39,13

<b>RAMO1.-ACCIDENTE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Otras materias	2	8,70
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>2,91</b>

<b>RAMO 2.- ENFERMEDAD Y ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	21	31,82
Declaración del riesgo al firmar el contrato	10	15,15
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	10	15,15
Impago de la prima	7	10,61
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	5	7,58
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	4	6,06
Solicitud y proposición	4	6,06
Otras materias	5	7,58
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>8,34</b>

<b>RAMOS 3 Y 10 .- VEHÍCULOS TERRESTRES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	32	29,63
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	17	15,74
Normas imperativas, cláusulas limitativas y abusivas	9	8,33
Solicitud y proposición	7	6,48
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	6	5,56
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	6	5,56
Derecho libre elección de abogado y procurador	5	4,63
Impago de la prima	5	4,63
Seguro de robo	5	4,63
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	3	2,78
Defensa del responsable	2	1,85
Transmisión objeto asegurado	2	1,85
Seguro obligatorio del automóvil	2	1,85
Otras materias	7	6,48
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>13,65</b>

<b>RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	84	51,53
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	24	14,72
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	16	9,82

<b>RAMOS 8 Y 9.- INCENDIO Y ELEMENTOS NATURALES/ OTROS DAÑOS A LOS BIENES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Seguro de robo	11	6,75
Solicitud y proposición	5	3,07
Infraseguro y sobraseguro	4	2,45
Intereses de demora	3	1,84
Duración del contrato. Oposición a prórroga contrato	3	1,84
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	3	1,84
Prescripción	2	1,23
Otras materias	9	4,91
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>20,61</b>

<b>RAMO 13.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	22	40,00
Acción directa frente a la compañía	8	14,55
Defensa del responsable	7	12,73
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	7	12,73
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	5	9,09
Contenido mínimo del contrato	2	3,64
Otras materias	4	7,27
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>6,95</b>

<b>RAMO 16.- PÉRDIDAS PECUNIARIAS DIVERSAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	17	85,00
Otras materias	3	15,00
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2,53</b>

<b>RAMO 17.- DEFENSA JURÍDICA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Derecho libre elección de abogado y procurador	70	93,33
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	3	4,00
Otras materias	2	2,67
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>9,48</b>

<b>RAMO 18.- ASISTENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	18	69,23
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	4	15,38
Otras materias	4	15,38
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>3,29</b>

RAMO 19.- DECESOS	Nº	%
Modificaciones del contrato; en especial la subida de la prima	14	32,56
Capital y sumas aseguradas	14	32,56
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	9	20,93
Impago de la prima	3	6,98
Declaración del riesgo al firmar el contrato	2	4,65
Otras materias	1	2,33
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>5,44</b>

TODOS LOS RAMOS	Nº
<b>TOTAL RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS 1º TRIMESTRE 2009</b>	<b>791</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 trimestre 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.

Las reclamaciones relacionadas con los ramos de incendios y elementos naturales y otros daños a los bienes, el ramo de vida, las relacionadas con los seguros de vehículos, el ramo de defensa jurídica y el de enfermedad, representan aproximadamente un 79% del total de reclamaciones resueltas en el primer trimestre de 2009.

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.

En el **ramo de vida**, las reclamaciones, como en informes anteriores, se han centrado en las 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 conozca qué tipo de seguro está suscribiendo y en qué condiciones. El segundo motivo de reclamación en este ramo está relacionado con los especiales derechos del tomador, en concreto, sobre los derechos de rescate y reducción contemplados en la póliza. Asimismo, en este primer trimestre destacan, por primera vez en este ramo, las reclamaciones relacionadas con la solicitud y proposición de seguro, que son utilizadas como documentos en los que se formaliza el contrato, sin que posteriormente se haga entrega al tomador de la póliza completa y sin que consten en estos documentos los elementos esenciales del contrato y toda la información relativa al mismo. Por último, hay que señalar que siguen siendo numerosas en este ramo las reclamaciones relacionadas con las inexactitudes de la declaración del riesgo realizada en el momento de la firma del contrato, y en especial, del cuestionario de salud y

sobre el importe de la prima, generalmente en los seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, que se comercializan a prima única.

En el **ramo de accidentes** destacan los problemas en la interpretación de la póliza, en especial, la determinación de las situaciones de incapacidad, las valoraciones del siniestro y la remisión por las compañías al trámite pericial previsto en la Ley de Contrato de Seguro.

En el **ramo de enfermedad y asistencia sanitaria**, más del 31,82% de las reclamaciones se basan en las divergencias existentes en la interpretación y aplicación de la póliza, destacando aquéllas en las que se discute si nuevas técnicas o tratamientos aplicados a prestaciones garantizadas están cubiertos o no, de acuerdo con la redacción del condicionado. Asimismo, existe un número importante de reclamaciones que se fundamentan en discrepancias relativas a los cuestionarios de salud a que son sometidos los contratantes de este tipo de seguros. También destacan en este ramo las reclamaciones motivadas por discrepancias en la valoración del siniestro, el impago de las primas y las reclamaciones sobre las modificaciones que se realizan de forma unilateral por las entidades, en especial, las debidas a los incrementos de prima por el aumento de la edad de los asegurados, por el incremento del coste de los servicios sanitarios y por incluir nuevos servicios no solicitados por los asegurados.

En los ramos relacionados con los **seguros de vehículos**, los asuntos más destacados, como en la mayoría de los ramos, son la divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada, las discrepancias en cuanto a la valoración del siniestro y las relacionadas con las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, especialmente las motivadas por la disconformidad con la aplicación de la cláusula de indemnización por el valor venal. Además hay que destacar, las reclamaciones referidas a la solicitud y proposición del seguro y a la duración del contrato, en especial las relacionadas con el ejercicio del derecho a la oposición a la prórroga del mismo.

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, así como el incumplimiento del plazo de cuarenta días que fija la ley para el pago de la indemnización. 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 la proposición y solicitud de seguro y las originadas por discrepancias con la fijación en la póliza del valor del continente y del contenido, dando lugar en muchas ocasiones a reclamaciones relacionadas con infraseguro y sobraseguro.

En el **ramo de responsabilidad civil general**, el mayor número de reclamaciones se origina por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, motivado por la falta de claridad en su redacción, en especial, la referida a la cobertura de responsabilidad civil profesional así como por el derecho del perjudicado a ejercer la acción directa contra la aseguradora del causante del siniestro.

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. Continúan siendo muy numerosas las reclamaciones relacionadas con 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 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. Al igual que el pasado año, persiste el número de reclamaciones relativas a la

cláusula limitativa que contienen la mayoría de contratos, que supedita la cobertura de defensa jurídica a la viabilidad de la pretensión del asegurado. Cuando se aplica esta cláusula, se abonan los honorarios de abogado y procurador sólo en el caso de que tenga éxito la pretensión, lo que, evidentemente, tiene efectos disuasorios. Se observa en buen número de expedientes que la consideración de inviabilidad por parte de las entidades aseguradoras, no se justifica suficientemente, con el consiguiente perjuicio para los asegurados.

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.

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 o por la incorporación de nuevos servicios o prestaciones que los asegurados no han solicitado. Además, durante el primer trimestre de 2009, se ha observado un elevado número de reclamaciones relacionadas con el límite máximo de indemnización garantizada por el contrato y por divergencias existentes en la interpretación y aplicación de la póliza.

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

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	16	29,09
Información para plantear una reclamación.	6	10,91
La prima	4	7,27
Seguro obligatorio del automóvil	3	5,45
Modificaciones del contrato	2	3,64
Seguro de Responsabilidad civil	2	3,64
Infraseguro y sobreseguro	2	3,64
Otros seguros obligatorios	2	3,64
Otras materias	9	16,36
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>

El cuadro VII ofrece información sobre los principales asuntos planteados en los expedientes de consulta resueltos por el Servicio de Reclamaciones en los meses de enero, febrero y marzo de 2009.

Los cuatro asuntos que han motivado el mayor número de consultas resueltas durante el año representan casi el 50% del total de las consultas resueltas durante el primer trimestre de 2009 y se refieren a las siguientes cuestiones: interpretación y aplicación de la póliza, información para plantear la reclamación, temas relacionados con las primas, y consultas sobre el seguro obligatorio del automóvil.

Las consultas relacionadas con 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 de la labor de las entidades aseguradoras y de los mediadores en su función de asesoramiento, explicando las coberturas de la póliza, así como cualquier otra duda que pueda surgir al asegurado o tomador, tanto antes de la suscripción como durante la vida del contrato.

Las consultas referentes a la información necesaria para plantear una reclamación ascienden a 6, ocupando el segundo puesto en la clasificación. Los ciudadanos plantean esta consulta tanto de forma directa como conjuntamente con cuestiones de fondo

En la cuarta posición, se encuentran las consultas relacionadas con la prima. Al igual que en informes anteriores, la información más solicitada hace referencia a los incrementos de las primas en los seguros anuales renovables, en especial en los ramos de enfermedad y asistencia sanitaria y decesos. También resulta interesante destacar las consultas en las que se solicita información sobre los seguros a prima única asociados a préstamos y la posibilidad de devolución de la prima.

Las consultas sobre el seguro obligatorio del automóvil representan el 5,45% del total. Al igual que en años anteriores, se siguen manifestando dudas sobre en qué casos y sobre qué tipo de vehículos es obligatoria su suscripción.

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

MATERIA	Nº	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	1	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>

El cuadro VIII ofrece información sobre los asuntos que han generado el mayor número de quejas durante el trimestre inicial de 2009.

Como se observa, el número de quejas resueltas en este periodo es de 1. La razón de que esta cifra sea tan residual se debe 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.

La queja resuelta está motivada por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza debido 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.

### 3. Planes de Pensiones

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

Conviene aclarar que el Servicio de Reclamaciones atiende y resuelve las reclamaciones presentadas por partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales; las reclamaciones que tengan su origen en la contratación de planes de pensiones de empleo y asociados continúan siendo tramitadas, en atención a su naturaleza, por la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones, por lo que las cifras contenidas en este apartado se refieren únicamente a reclamaciones sobre 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
<b>AÑO 2009</b>	<b>67</b>	<b>41</b>	<b>108</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>25</b>

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

El número de reclamaciones, tanto admitidas como no admitidas, ha ascendido en los tres primeros meses de 2009 a 108 expedientes, lo que supone un aumento de 83 expedientes, un 332% en términos porcentuales.

El número de reclamaciones referidas a planes y fondos de pensiones iniciadas y admitidas por el Servicio de Reclamaciones durante el primer trimestre del año 2009 se elevó a 67, por lo que se observa un notable incremento de 55 expedientes con respecto a los tres primeros meses de 2008.

Si continuase la tendencia apuntada en el comienzo de 2009, durante todo el año se manifestaría un importante incremento en el número de reclamaciones admitidas de planes.

Destaca también el incremento de reclamaciones no admitidas, que supera en más del doble las reclamaciones no admitidas del año anterior. A diferencia del mismo periodo del año 2008, en los tres primeros meses de 2009 el número de reclamaciones no admitidas es inferior al número de reclamaciones admitidas.

**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	8	26,67
Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y su modificación	6	20,00
Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de plan de pensiones sin autorización del interesado, límite de aportaciones al plan de pensiones	4	13,33
Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al plan de pensiones con posterioridad a la jubilación.	4	13,33
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	3	10,00
Demora en el cobro de la prestación	2	6,67
Otras materias	3	10,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

En el cuadro X se exponen cuales fueron los motivos de reclamación más frecuentes de los expedientes terminados durante el primer trimestre de 2009.

El principal motivo de reclamación durante este periodo, al igual que en el año 2008, han sido los problemas ocasionados en la movilización de los derechos consolidados, fundamentalmente el incumplimiento de los plazos máximos para la movilización, así como las diferencias de valoración de los derechos como consecuencia del retraso en la movilización.

Las reclamaciones relativas a las prestaciones y su forma de cobro ocupan el segundo lugar, habiéndose incrementado el porcentaje de éstas respecto al informe anual de 2008. Estas reclamaciones se producen generalmente por las prestaciones en forma de renta financiera temporal, cuyo importe es calculado en el momento de solicitud de la prestación, por lo 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.

Las reclamaciones relacionadas con la información comercial que se ofrece al cliente, tanto previa a la contratación como en asesoramientos posteriores, representan un 13,33% del total de reclamaciones resueltas en el primer trimestre de 2009. En éstas se ponen de manifiesto las deficiencias, inexactitudes o incluso ausencia total de información al contratar el plan de pensiones.

Por último, las reclamaciones relacionadas con aportaciones realizadas después de la jubilación representan el 13,33%, habiendo disminuido este porcentaje respecto al del año anterior.

#### 4. Mediación

Esta parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes relacionados con la actividad relacionada con 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
Marzo	4	1	5
<b>AÑO 2009</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>24</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>17</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 referidas a estos mediadores iniciadas por el Servicio de Reclamaciones durante el primer trimestre de 2009 se elevó a 24, por lo que se observa un incremento de aproximadamente un 41% respecto al mismo periodo del año anterior.

Se aprecia que han aumentado tanto las reclamaciones admitidas como las no admitidas; las primeras se han incrementado en un 25% mientras que las segundas lo han hecho en un 80%. No obstante, 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 XII.  
RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
La información recibida sobre el condicionado fue incorrecta, confusa o incompleta.	5	38,46
Mediadores que se extralimitan de las funciones otorgadas o del número de entidades para las que puede trabajar.	3	23,08
La asistencia en caso de siniestro fue inexistente o deficiente	2	15,38
Otras materias	3	23,08
<b>TOTAL</b>	<b>13</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 trimestre del año 2009.

Del total de reclamaciones presentadas frente a este tipo de mediadores, el 38,46% se refieren a que la información recibida sobre el condicionado fue confusa, incorrecta o incompleta, sobre todo en lo relativo a las coberturas que incluye la póliza. Los reclamantes se quejan de la información recibida en la comercialización, ya que pensaban que contrataban unas coberturas y cuando se produce el siniestro se dan cuenta de que los riesgos realmente cubiertos son diferentes.

Destacan también las reclamaciones interpuestas contra el corredor o la correduría porque el siniestro ha sido rechazado por el propio mediador, y no por la entidad aseguradora, y las derivadas de la inadecuada asistencia en caso de siniestro, incumpliendo lo previsto en la Ley de mediación, que establece que los corredores de seguros están obligados durante toda la vigencia del contrato de seguro en que hayan intervenido, a prestar, en caso de siniestro, su asistencia y asesoramiento.

## 5. Comercialización por entidades de crédito.

Hasta junio del año 2008 el Servicio de Reclamaciones recogía en este apartado las reclamaciones frente a entidades de crédito cuando actúan como comercializadores de seguros y de planes de pensiones. No obstante, de acuerdo con la Ley 26/2006, de mediación de seguros y reaseguros privados, en los casos en que la reclamación se presenta frente a una entidad de crédito, autorizada como operador de banca seguros, el artículo 44 de la Ley, dispone que las entidades aseguradoras están obligadas a atender las quejas y reclamaciones que su clientela les pueda presentar respecto a la actuación de sus operadores de banca seguros, por lo que a partir de julio de 2008, estas reclamaciones se registran frente a las entidades aseguradoras, clasificándose en los informes en la materia de seguros.

En consecuencia, en este apartado únicamente se recogen actualmente las reclamaciones frente a entidades de crédito cuando actúan como comercializadores 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
<b>AÑO 2009</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>22</b>
<b>AÑO 2008</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>63</b>

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

El número total de expedientes en esta materia se elevó a 22, de ellas todas son reclamaciones que dieron lugar a un procedimiento frente a una entidad de crédito, no contabilizándose ninguna que no fuera admitida por no cumplir los requisitos legales exigidos.

El número total de expedientes ha pasado de 63 en 2008, a 22 en 2009 durante el periodo trimestral objeto de análisis, lo que supone una disminución superior al 65%.

Como se ha comentado anteriormente, la razón de esta disminución no deriva de una caída de las reclamaciones frente a las entidades de crédito por la comercialización de planes de pensiones, sino por el hecho de que a partir de julio de 2008 el Servicio de Reclamaciones, en los casos en que la reclamación se presenta frente a una entidad de crédito, autorizada como operador de banca seguros, de acuerdo con la Ley 26/2006, de mediación de seguros y reaseguros privados, la registra como una reclamación ante la entidad aseguradora, en virtud de lo establecido en el artículo 44 de la citada Ley, que dispone que las entidades aseguradoras están obligadas a atender las quejas y reclamaciones que su clientela les pueda presentar respecto a la actuación de sus operadores de banca seguros. En consecuencia, los datos del primer trimestre de 2008 reflejados en el cuadro, incluían tanto reclamaciones frente a entidades de crédito por su actividad de comercialización de planes de pensiones como de seguros, por lo que la comparación entre las cifras no es significativa ya que no son datos homogéneos.

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

ASUNTO	NÚMERO	% S/TOTAL
Falta de información del producto contratado	31	96,88
Otras materias	1	3,13
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Los datos reflejados en el cuadro anterior muestran la totalidad de reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones en el primer trimestre 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 trascendentales como la indisponibilidad de las

aportaciones a los planes de pensiones, las condiciones de la oferta de incentivos a la movilización de derechos consolidados desde fondos de pensiones de terceras entidades gestoras basadas en un porcentaje de bonificación sobre los derechos que se traspasen, y el incumplimiento de los términos de la oferta realizada por la entidad de crédito, que en la mayoría de los supuestos reclamados fue verbal.

Es importante volver a incidir en que la información facilitada al cliente en cualquier 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	1º TRIM. AÑO 2009	1º TRIM. AÑO 2008
Telefónico	4.657	3.193
Presenciales	506	408
<b>TOTAL</b>	<b>5.163</b>	<b>3.601</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 los meses de enero, febrero y marzo de 2009. Las consultas telefónicas han ascendido a 4.657, frente a las 3.193 correspondientes al mismo periodo de 2008, mientras que las visitas alcanzan las 506 en el primer trimestre de 2009 frente a las 408 de 2008.

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

RAMO	%
Vehículos	40,87 %
Multirriesgos (Incendio y elementos naturales /Otros daños a los bienes)	24,54 %
Vida	16,05 %
Enfermedad	6,99 %
Decesos	5,56 %
Asistencia	2,21 %
Responsabilidad civil general	2,00 %
Otros	1,78 %
<b>TOTAL</b>	<b>100,00 %</b>

El cuadro anterior ofrece la información sobre los ramos que han dado lugar a mayor número de consultas personales y telefónicas, atendidas en la Unidad de Atención al Público durante los tres 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 (cuadro V) no sean las mismas.

Como puede observarse, del total de consultas recibidas más del 40% 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 los 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 24,54%. En este tipo de seguros son frecuentes las preguntas sobre cómo actuar ante las deficiencias que se dan en la reparación de los siniestros por los profesionales contratados por la entidad aseguradora.

En el ramo de **vida** el porcentaje de consultas ascendió al 16,05%. Las consultas en este ramo se refieren habitualmente a las características de los productos contratados.

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 ante el 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 la 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.

Respecto a la experiencia desde su implantación, el cuadro que se muestra a continuación refleja el número de documentos presentados a través de procedimientos telemáticos, desde su implantación en junio de 2008 hasta marzo 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		
Julio	11	8	2	6
Agosto	14	11	4	
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
<b>TOTAL 2009</b>	<b>53</b>	<b>44</b>	<b>37</b>	<b>213</b>

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 que son parte en el procedimiento de tramitación de quejas y reclamaciones 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**

CODIGO ENTIDAD	DENOMINACION SOCIAL
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
C0584	CAHISPA S.A. DE SEGUROS DE VIDA
C0038	CAHISPA S.A. DE SEGUROS GENERALES -
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

C0058	MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0275	NORTEHISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
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 REASEGUROS.
C0039	ZURICH VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEG. S.A.

En cuanto a los resultados, desde su implantación hasta el momento de publicación de este Informe, se han realizado por el Servicio de Reclamaciones 87 envíos telemáticos, siendo el tiempo medio desde el envío hasta el acceso al contenido de la notificación de un día, lo que evidencia la agilización del trámite de comunicación a las entidades.

Mayo 2009