



MINISTERIO DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

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

SERVICIO DE RECLAMACIONES

INFORME ANUAL

2004



SERVICIO DE RECLAMACIONES

**INFORME ANUAL
2004**

INDICE

	Página
I. Presentación.	5
II. Organización del Servicio de Reclamaciones	7
II.1. Marco Institucional.	7
II.2. Organigrama del Servicio de Reclamaciones.	9
III. Procedimientos de tramitación.	12
III.1. Marco normativo	12
III.2. Fases del expediente.	14
III.2.1. Quejas y reclamaciones.	14
III.2.2. Consultas.	18
IV. Informe estadístico del año 2004.	20
IV.1. Cifras generales	21
IV.2. Seguros.	30
IV.3. Planes de Pensiones.	44
IV.3.1. Expedientes iniciados durante el año	45
IV.3.2. Motivos de reclamación	46
IV.3.3. Entidades contra las que se reclama	49
IV.4. Mediación.	50
IV.5. Unidad de Atención al Público.	51
V. Asuntos más destacados del año.	54
V.1. Informes de reclamaciones de seguros	55
V.2. Informes de reclamaciones de planes y fondos de pensiones	63
VI. Criterios del Servicio de Reclamaciones.	69
VII. Novedades normativas.	73
VII.1. Seguros: reglamentos de los departamentos de atención al cliente de las entidades aseguradoras.	73
VII.2. Planes de Pensiones: Reglamento de desarrollo del texto refundido de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones	83

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 en 2004.
- IV. Expedientes iniciados en 2004 clasificados territorialmente.

Seguros

- V. Evolución clasificada de expedientes iniciados en 2004.
- VI. Reclamaciones de seguros iniciadas en 2004 clasificadas por ramos o agrupaciones de ramos.
- VII. Reclamaciones de seguros resueltas en 2004, atendiendo a la materia objeto de reclamación.
- VIII. Consultas resueltas durante 2004, atendiendo a la materia objeto de la consulta.
- IX. Quejas resueltas durante 2004, atendiendo a la materia objeto de la queja.
- X. Expedientes de reclamaciones de seguros iniciados en 2004, según la forma jurídica de la entidad.
- XI. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones iniciadas en 2004.
- XII. Aseguradoras con mayor número de reclamaciones resueltas en 2004 y análisis de la forma de terminación.

Planes de Pensiones.

- XIII. Evolución mensual clasificada de reclamaciones iniciadas en 2004.
- XIV. Reclamaciones iniciadas durante 2004 clasificadas por asuntos.
- XV. Gestoras con mayor número de reclamaciones en 2004.

Mediadores.

- XVI. Evolución mensual de las reclamaciones de mediación iniciadas en 2004.

Unidad de Atención al Público.

- XVII. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público.
- XVIII. Consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público clasificadas por ramos.

I. PRESENTACIÓN

El Informe Anual del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones se presenta en el 2004 con importantes novedades respecto a años anteriores.

Así se publica como informe independiente de la Memoria Anual del Órgano de Supervisión de Seguros y Fondos de Pensiones; se modifica el formato del informe; y si bien se mantienen los contenidos que se han venido publicando en los últimos años, se añaden nuevos apartados, que creemos que pueden ser de interés no sólo para los usuarios de servicios financieros sino también para cualquier interesado en conocer la actividad desarrollada por este Servicio dentro del ámbito del sector de Seguros y Fondos de Pensiones.

El año 2004, sin duda, ha sido un año fundamental para este Servicio tras la plasmación de dos iniciativas normativas a las que ya se hacía referencia en el Informe del año 2003, y que finalmente, a lo largo de este año fueron objeto de publicación. Así, el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, aprobado por el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero; y la Orden Eco 734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Ambas normas pretenden llevar a cabo un reforzamiento en el ámbito de la protección de los clientes financieros. Por un lado, la Orden Ministerial que establece la obligación por parte de las entidades financieras de disponer de un servicio o departamento de atención al cliente que atienda y resuelva, con rapidez y eficacia, las quejas o reclamaciones que sus propios clientes les presenten. Por otro lado, la entrada en vigor del Reglamento que regula el procedimiento de reclamación ante los servicios competentes de los órganos de supervisión del sector financiero en España.

El nuevo sistema de protección instaurado con la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, pretende asegurar

que el incremento de la competencia y la utilización de los nuevos productos y nuevas tecnologías, como el comercio a distancia, no dé lugar a una desprotección de los clientes de servicios financieros. Para ello, se pretende reforzar los mecanismos de protección de este tipo de clientes.

Durante el pasado año, el Servicio realizó un último esfuerzo con la finalidad de adaptar su organización interna a las nuevas competencias atribuidas por la nueva regulación, no sólo en materia de contrato de seguros, sino también sobre planes de pensiones y mediación.

Hay que destacar en la presentación de este Informe la gran fuente de información que proporcionan todos aquellos asegurados, partícipes y demás usuarios de seguros y planes de pensiones que se dirigen a este Servicio a través de sus consultas, quejas y reclamaciones, permitiendo comprobar a través de los hechos denunciados, si las prácticas existentes en el mercado son acordes con la legislación vigente, y a su vez aportando al órgano supervisor información suficiente para ejercer su función de garante de los intereses y derechos de los clientes de servicios financieros, y del reforzamiento de la transparencia y de las buenas prácticas y usos del sistema.

Finalmente, el presente Informe es un buen conducto para reconocer la colaboración que, con carácter general, las entidades aseguradoras y gestoras de fondos de pensiones prestan en relación con la tramitación de los expedientes de quejas y reclamaciones ante este Servicio, y muy especialmente la de aquellas que, siguiendo el mandato legal, han creado y desarrollado procesos internos con la finalidad de dar una pronta satisfacción a las reclamaciones presentadas por sus clientes.

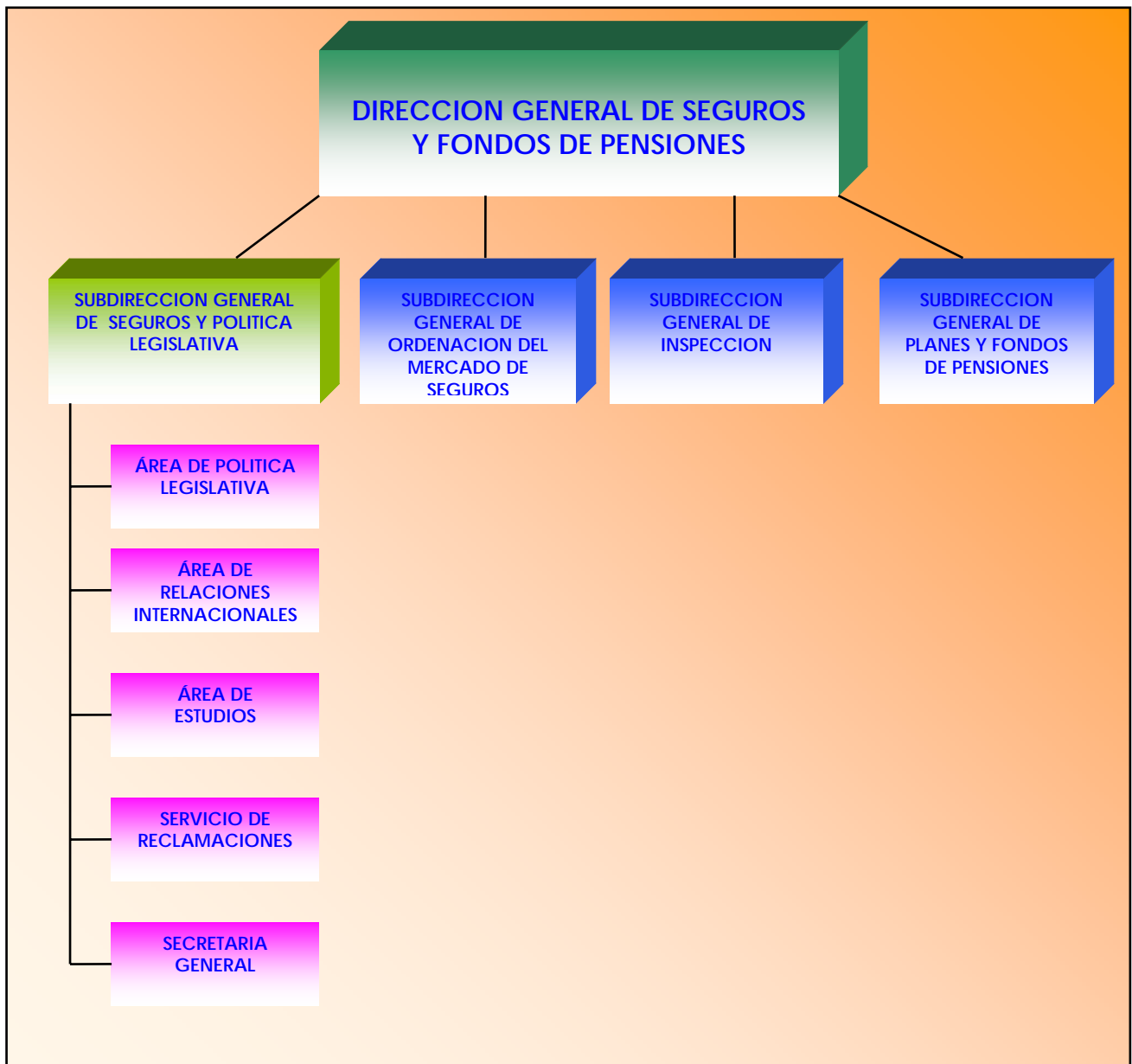
II. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

II.1 Marco institucional

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (en adelante, DGSFP) es el órgano de regulación, ordenación y supervisión en materia de seguros y fondos de pensiones, dependiendo de la Secretaría de Estado de Economía en el actual Ministerio de Economía y Hacienda.



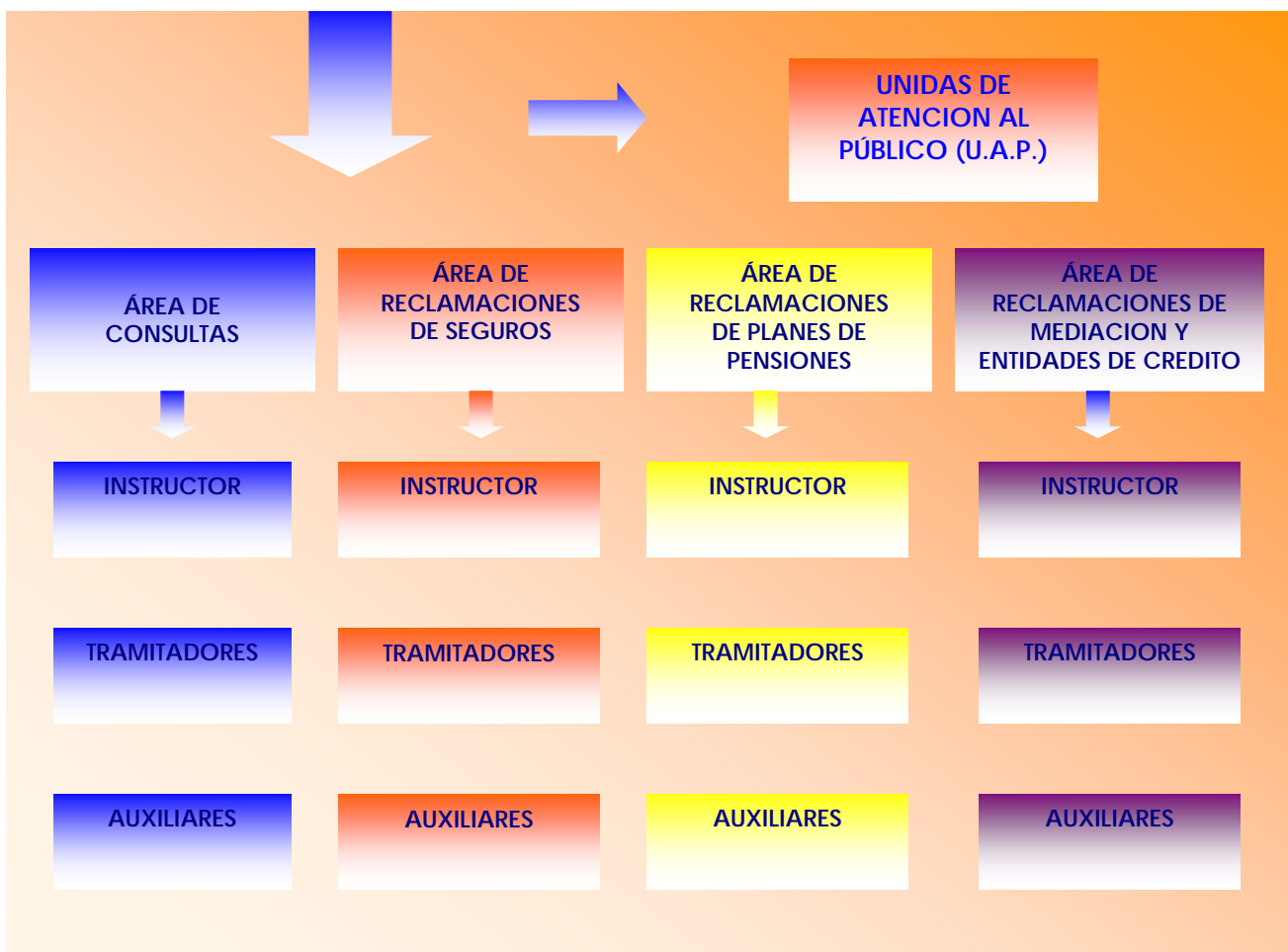
Dentro del organigrama de la DGSFP, el Servicio de Reclamaciones se encuadra en la Subdirección General de Seguros y Política Legislativa.



II.2. Organigrama del Servicio de Reclamaciones

El Servicio de Reclamaciones distribuye funcionalmente su actividad en cuatro áreas atendiendo a la materia que se trata: consultas; reclamaciones de seguros; reclamaciones de planes de pensiones; y reclamaciones en materia de mediación y de entidades de crédito comercializadoras de seguros y planes de pensiones.

ÁREAS FUNCIONALES



El área de Consultas tiene como principal función emitir informes de contestación a la información solicitada por los usuarios de los servicios de seguros y planes de pensiones. En este área se ubica el gabinete de estudio que asesora al resto del Servicio en la resolución de quejas y reclamaciones.

Las tres áreas de reclamaciones se distinguen según la materia objeto de reclamación; Área de Seguros; Área de Planes de Pensiones y Área de Mediación (reclamaciones contra agentes y corredores) y de entidades de crédito comercializadores de seguros y pensiones.

Como puede observarse en el gráfico anterior, en cada área desarrollan su actividad personal con perfiles de trabajo diferenciado.

El instructor desarrolla la función de análisis técnico y jurídico. Una vez recopilado y tramitado el expediente, con los datos que figuran en el mismo, redacta la propuesta de informe. Los instructores mantienen un contacto permanente con los interlocutores designados por las entidades.



El tramitador se encarga del registro e impulso administrativo de los expedientes abiertos, desde el momento del alta, registrándose el mismo en la base de datos, hasta su finalización a través del cierre del expediente. Asimismo efectúa la verificación, en el momento de la llegada de la documentación, del cumplimiento de todos los requisitos exigidos en la actual legislación para la admisión de las quejas, reclamaciones y consultas.

Los auxiliares realizan labores de apoyo y soporte administrativo a todo el procedimiento y al resto del personal del Servicio.



La atención al público se realiza tanto a través de llamadas telefónicas como atendiendo las visitas al Servicio de Reclamaciones.

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

La U.A.P dispone de un "call center" que centraliza las llamadas a través del número 902 19 79 36 y permite la distribución automática de éstas mediante un mensaje inicial de información. El menú ofrecido permite al interesado elegir la opción deseada, bien una locución de información general sobre el procedimiento a seguir para presentar una queja o reclamación o bien acceder a ser atendido directamente por personal destinado en la Unidad de Atención al Público del Servicio.

III. PROCEDIMIENTOS DE TRAMITACIÓN

III.1. Marco normativo

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

El Servicio de Reclamaciones es la unidad administrativa que desarrolla la función de soporte administrativo y técnico, teniendo a su cargo la tramitación de las quejas, reclamaciones o consultas; instrucción de expedientes; cumplimentación y traslado de actuaciones, cursando todas las comunicaciones, y en general los actos de trámite en los expedientes, así como redactar y emitir el informe de conclusión de los mismos.



Respecto a la tramitación de quejas, reclamaciones o consultas, cabe destacar que la misma se entiende sin perjuicio de las acciones que le asisten al interesado para hacer valer sus derechos por otras vías (judicial, arbitral), así como que la tramitación de la reclamación en ningún caso interrumpe los plazos establecidos para el ejercicio de tales vías.

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



III.2. Fases del expediente

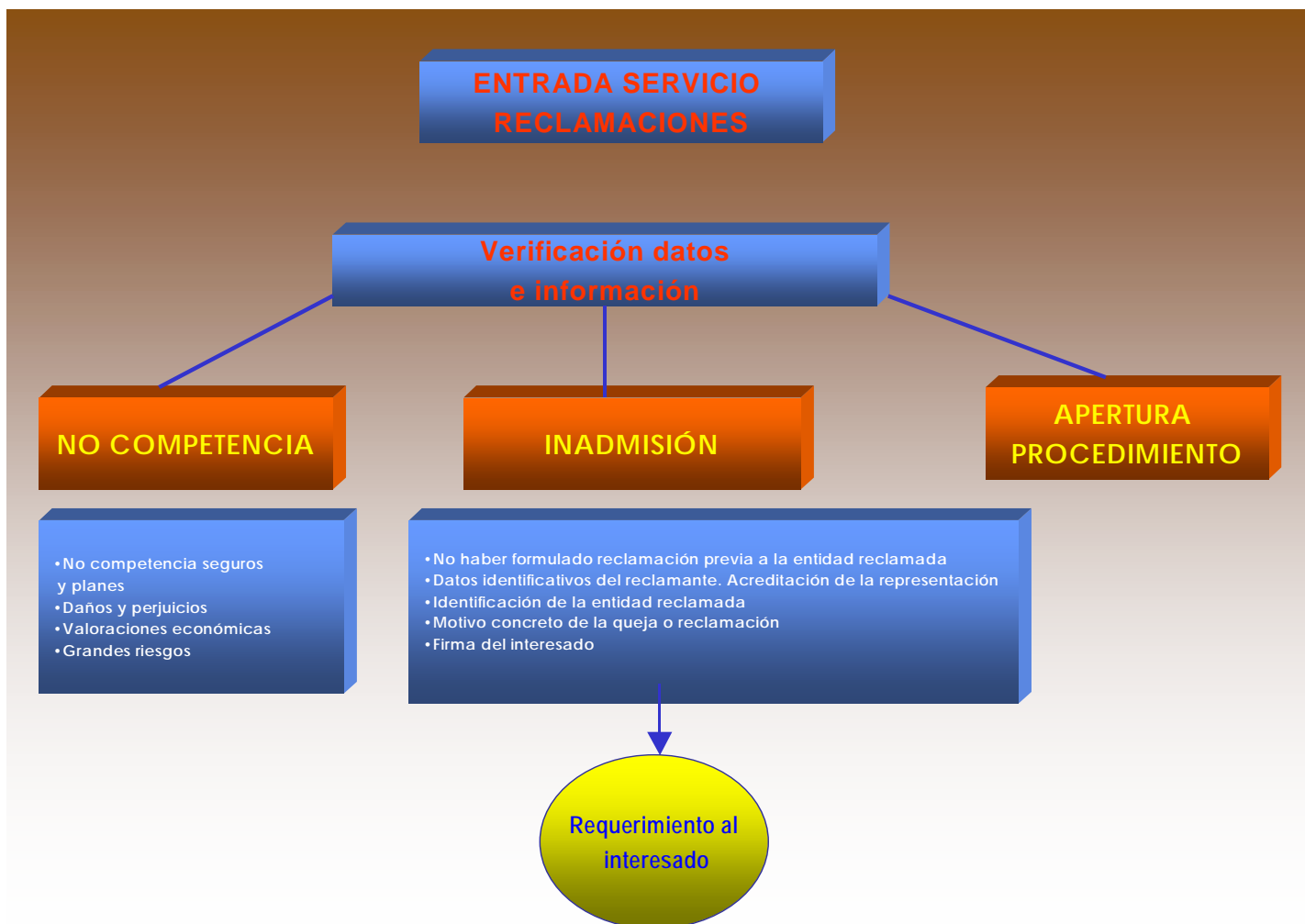
La actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones se inicia con la entrada del escrito de queja, reclamación o consulta en el Servicio. A partir de ese momento comienza el análisis tanto del escrito inicial, como de toda la documentación que es aportada por el interesado.

III.2.1. Quejas y reclamaciones

a) Fase inicial

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

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



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

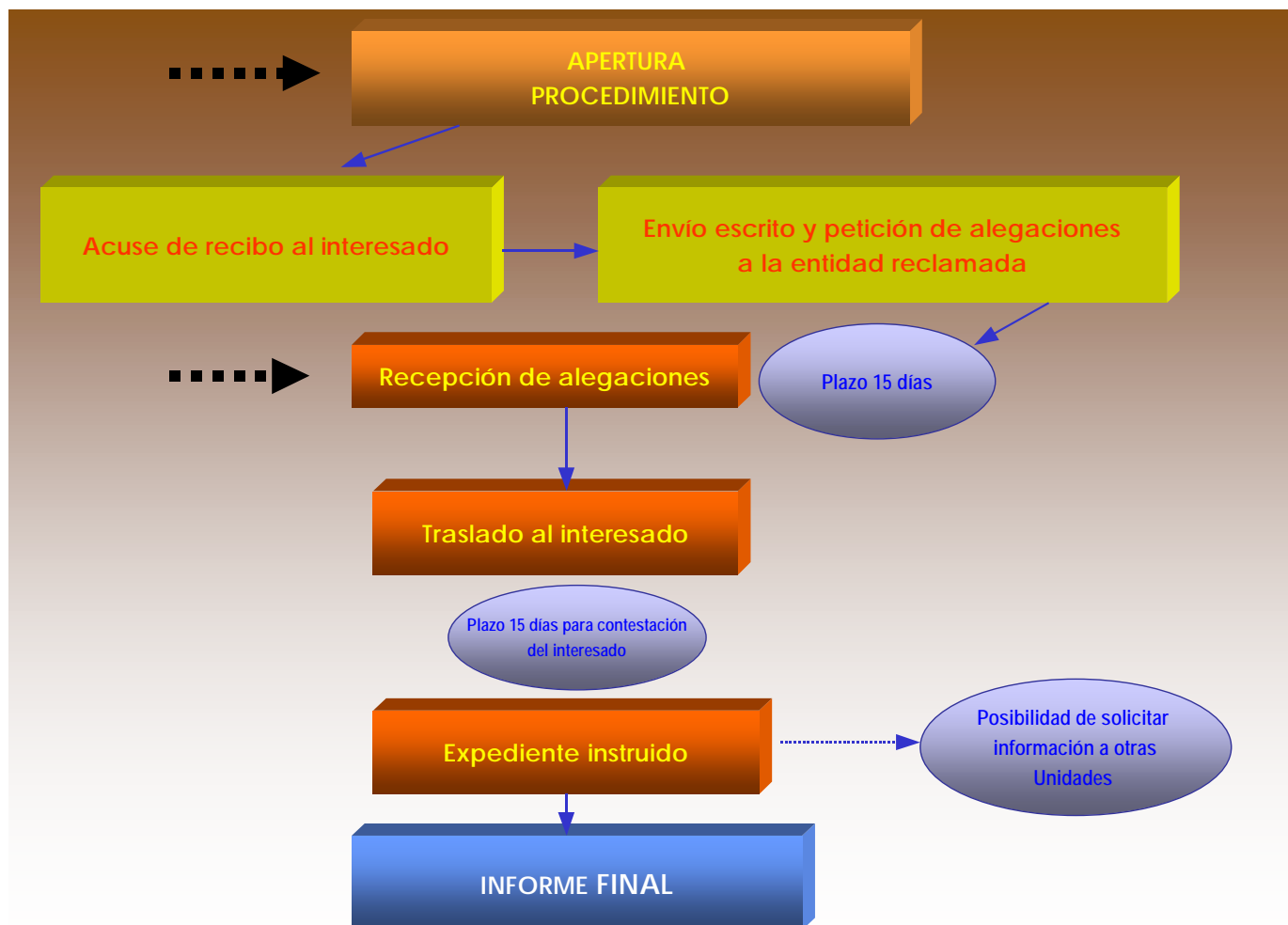
La normativa vigente tipifica los supuestos de inadmisión. Entre otros, no haber formulado previamente la queja o reclamación ante el departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente de la entidad contra la que se reclama; la falta de datos identificativos del reclamante o, si se actúa por medio de representante, la ausencia de acreditación de la representación; la falta de identificación de la entidad reclamada; la falta de

motivo concreto de la queja o reclamación; la ausencia de firma del interesado; la formulación de quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores sustancialmente iguales respecto al mismo sujeto y el mismo objeto; cuando haya transcurrido el plazo de extinción de las acciones o derechos; y finalmente cuando la reclamación planteada sea competencia de órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o se encuentre la cuestión pendiente en un procedimiento ante algunos de estos órganos.

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

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

b) Procedimiento



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

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

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

III.2.2. Consultas

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

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

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

Están legitimados para formular consultas los tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, así como los partícipes y beneficiarios de planes de pensiones. Igualmente, podrán presentar consultas las asociaciones y organizaciones representativas de legítimos intereses colectivos de los usuarios de servicios financieros, siempre que afecten a un determinado cliente y acrediten su representación.

Asimismo estarán legitimadas las oficinas y servicios de información al consumidor o usuario a que se refiere el artículo 14 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

En relación a lo anterior, se exige la legitimación para formular una consulta ante el Servicio de Reclamaciones, no admitiéndose aquellas en las que, comprobada la documentación aportada, se aprecia que el consultante no ostenta ninguna de las posiciones citadas anteriormente o no acredita suficientemente la representación del interesado. En este último caso se le requiere para que complete la documentación aportada.



IV. INFORME ESTADÍSTICO DEL AÑO 2004

La actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP se resume en los cuadros que se muestran a continuación .

Este año, como consecuencia de la publicación de la nueva normativa sobre transparencia y protección de la clientela, el Servicio de Reclamaciones ha asumido, como novedad, la tramitación de las quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de servicios financieros en relación con la actividad realizada por los mediadores de seguros, por lo que el informe estadístico se ha estructurado en cinco partes.

La primera parte comprende los cuadros I a IV. Estos cuadros 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 y mediación.

La segunda parte, cuadros V a XII, contienen las cifras de los expedientes relativos a contratos de seguros.

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

La cuarta parte, cuadro XVI, ofrece los datos de las reclamaciones presentadas contra los mediadores de seguros. El Servicio de Reclamaciones asumió la tramitación de estas reclamaciones a finales de julio de 2004, por lo que las cifras son parciales.

La quinta y última parte comprende los cuadros XVII y XVIII, en ella se hace referencia a las cifras de la Unidad de Atención al Público del Servicio de Reclamaciones.

IV.1. Cifras generales

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

PERÍODO	2002	2003	2004
Enero	351	434	251
Febrero	427	396	440
Marzo	284	433	470
Abril	410	422	523
Mayo	400	385	437
Junio	298	525	444
Julio	276	435	280
Agosto	249	160	385
Septiembre	254	413	208
Octubre	447	477	434
Noviembre	383	378	572
Diciembre	406	330	171
TOTALES	4.185	4.788	4.615

El cuadro anterior contiene las cifras del total de consultas, quejas y reclamaciones, en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, presentados en el Servicio de Reclamaciones durante el 2004.

El total de escritos presentados durante el año es de 4.615, por lo que se observa una disminución con respecto al año anterior de 173 expedientes, lo que supone aproximadamente un 3,6% menos.

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

PERÍODO	RECLAMACIONES DE SEGUROS	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	CONSULTAS	QUEJAS	ESCRITOS NO ADMITIDOS	TOTAL
Enero	157	8	0	14	3	69	251
Febrero	243	8	0	15	4	170	440
Marzo	265	14	0	11	2	178	470
Abril	233	6	0	20	1	263	523
Mayo	237	12	0	21	2	165	437
Junio	247	13	0	18	6	160	444
Julio	145	6	0	11	2	116	280
Agosto	195	9	0	5	1	175	385
Septiembre	92	7	1	8	1	99	208
Octubre	220	11	3	12	1	187	434
Noviembre	326	10	2	18	8	208	572
Diciembre	88	4	0	15	2	62	171
TOTAL AÑO 2004	2.448	108	6	168	33	1.852	4.615

El cuadro anterior completa la información sobre los distintos tipos de expedientes iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el 2004.

Así de los 4.615 escritos iniciados, 2.562 son expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación en este Servicio, 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 2.562 expedientes de reclamación, 2.448 son reclamaciones en materia de seguros, 108 son reclamaciones de planes y fondos de pensiones y 6 son reclamaciones en materia de mediación. Se observa que aproximadamente el 95% de las reclamaciones corresponde a la materia de seguros, siendo ésta la que genera la mayor actividad del Servicio.

El número de consultas presentadas durante el 2004 es de 168. En ellas se solicita asesoramiento e información relativas a cuestiones de interés general en materia de transparencia y protección de la clientela y sobre los cauces legales para su ejercicio.

El número total de quejas recibidas ha sido de 33, en ellas los interesados ponían de manifiesto desatenciones, tardanzas o cualquier otro tipo de actuación irregular o inadecuada observada en el funcionamiento de las entidades aseguradoras.

Por último, la cifra de 1.852 comprende los escritos que no han sido admitidos por no cumplir los requisitos exigidos por el Servicio para su tramitación como consulta, queja o reclamación.

**CUADRO III.
ANÁLISIS DE EXPEDIENTES RESUELTOS EN 2004.**

RECLAMACIONES	NÚMERO	TOTALES	%
Escritos no admitidos		1.852	43,25
No cumple requisitos para abrir expedientes	1.526		
No legitimado	96		
No competencia del Servicio de Reclamaciones en general	69		
Solicitud ampliación información	58		
Traslado Banco España	26		
Solicitud de aclaración	24		
No competente por gran riesgo	21		
Traslado a la CNMV	12		
Falta de Firma	15		
No competentes con traslado a otros órganos	5		
Reclamaciones admitidas:		2.215	51,73
Informe favorable al reclamante	759		
Informe favorable a la entidad	604		
Informe remisión a trámite pericial	413		
Informe remisión a órgano judicial	214		
Otras formas de terminación:			
Finiquito, desistimiento.	164		
Informe asuntos sub iudice	61		
CONSULTAS			
Resolución de consultas escritas		174	4,06
QUEJAS			
Resolución de quejas		41	0,96
EXPEDIENTES TERMINADOS		4.282	100,00

El cuadro anterior contiene los datos de la totalidad de los expedientes resueltos (magnitud diferente de la de expedientes iniciados) durante el año 2004, distinguiendo por un lado las reclamaciones y por otro las consultas y las quejas resueltas.

Se observa que el número de escritos que no han dado lugar a un procedimiento de reclamación representa el 43% aproximadamente. La inadmisión se fundamenta en las diferentes causas que se indican, siendo la más común la de aquellas reclamaciones que no cumplen el requisito de haber acudido previamente a las instancias de reclamación instauradas por las entidades contra las que se dirigen.

En estos supuestos el Servicio emite un informe en el que se señala el motivo de la inadmisión, requiriendo al reclamante para que en el plazo de diez días hábiles complete la documentación indicada, comunicándole que, en caso contrario, se procederá al archivo del expediente.

De las 1.526 reclamaciones inicialmente no admitidas por no cumplir el requisito mencionado, aproximadamente un 26% aportaron posteriormente la documentación necesaria para la apertura de un procedimiento de reclamación.

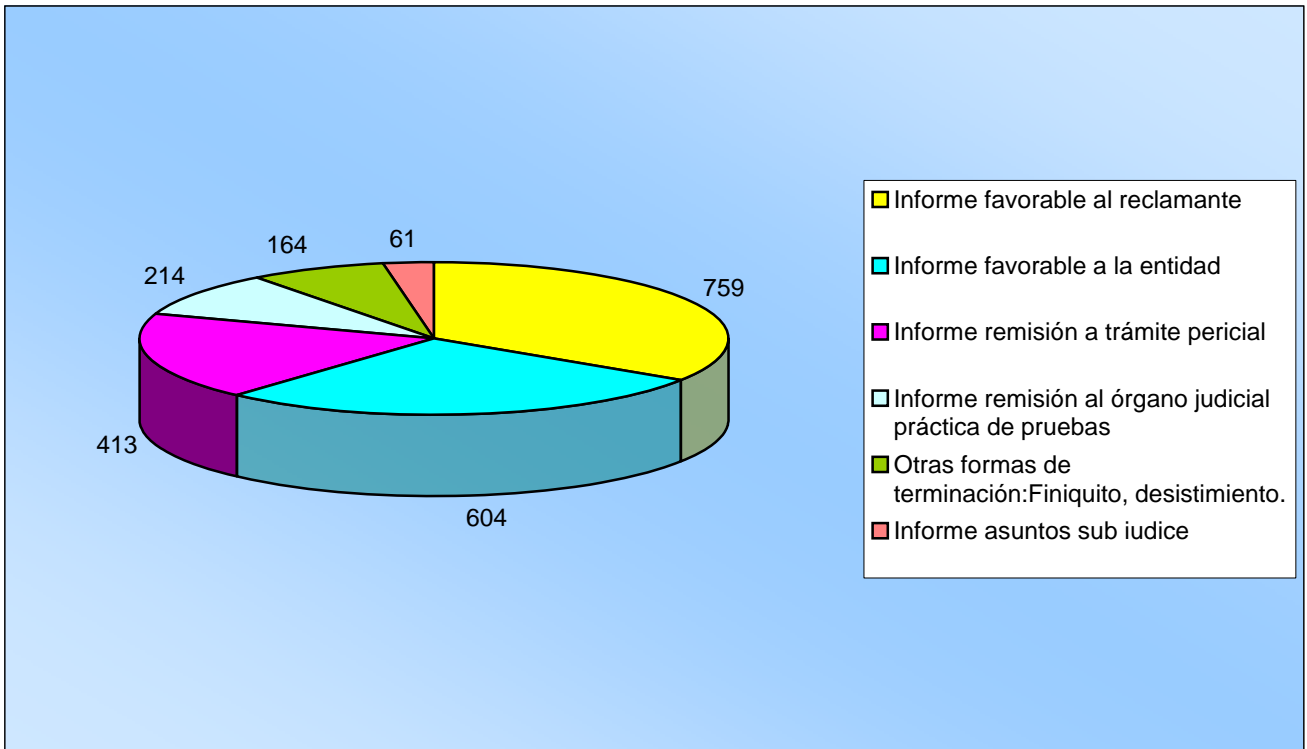
El resto de reclamaciones no admitidas, lo fueron principalmente por falta de acreditación de la legitimación como interesado en el procedimiento, por no ser competente el Servicio de Reclamaciones para conocer del asunto planteado, así como por no concretar el motivo de la queja o reclamación o no identificar la entidad reclamada, en cuyo caso, el Servicio de Reclamaciones solicita al interesado que amplíe la información de su reclamación.

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

Por último, cabe señalar que no se admiten las reclamaciones relacionadas con los grandes riesgos definidos en el artículo 107.2 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por no ser competente el Servicio para su conocimiento y resolución, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1 del

Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros aprobado por Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero.

RECLAMACIONES RESUELTAS CLASIFICADAS POR SU FORMA DE TERMINACIÓN.



Respecto a los **expedientes de reclamación** propiamente dichos, durante el 2004 se resolvieron un total de 2.215, lo que supone aproximadamente un 52 % del total de expedientes tramitados y un incremento del 10% con respecto al año anterior.

Las reclamaciones estimadas, es decir las resueltas a favor del reclamante se elevan a 759, lo que supone el 34% del total, de ellas aproximadamente un 20% se resolvieron con un informe favorable al reclamante y un 14% se terminaron de forma anticipada por el allanamiento de la entidad a la pretensión del reclamante.

La cifra de reclamaciones resueltas con un informe favorable a la entidad, es decir desestimando la pretensión del reclamante, se eleva a 604, lo que supone el 27% del total de las reclamaciones.

Las 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 se elevan al 19%. Estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración de 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.

La terminación de expedientes con la conclusión de que debe ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas supone el 10% del total de reclamaciones. Esta forma de terminación se debe a reclamaciones que plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

La agrupación de "Otros modos de terminación", recoge las reclamaciones que finalizan por desistimiento del reclamante, o bien se resuelven considerando que existe la firma de un finiquito anterior a la interposición de la reclamación, o un pago durante la tramitación del mismo. Dicha cifra supone el 7% del total de las reclamaciones.

Por último, las reclamaciones respecto de las que se conoce por el Servicio que se encuentran pendientes de litigio ante los tribunales de justicia, representan aproximadamente el 3% del total. Estas reclamaciones finalizan con el archivo del expediente, informando al interesado de esta circunstancia.

La cifra de **consultas escritas** resueltas durante el año 2004 se eleva a 174. Estas finalizan con un informe en el que se expresa el criterio del Servicio de Reclamaciones sobre la información solicitada por el interesado.

La cifra de **quejas** resueltas se ha elevado a 41, finalizando la mayoría con un informe en el que se deja constancia de la valoración que la entidad realiza de los hechos alegados por el interesado.

CUADRO IV.
EXPEDIENTES INICIADOS EN EL AÑO 2004 CLASIFICADOS TERRITORIALMENTE.

TERRITORIO		NÚMERO	%
Andalucía	Almería	42	6,18
	Cádiz	117	17,21
	Córdoba	27	3,97
	Granada	46	6,76
	Huelva	40	5,88
	Jaén	50	7,35
	Málaga	127	18,68
	Sevilla	231	33,97
Andalucía		680	14,73
Aragón	Huesca	8	6,06
	Teruel	15	11,36
	Zaragoza	109	82,58
Aragón		132	2,86
Asturias	Asturias	82	100,00
		82	1,78
Baleares	Baleares	68	100,00
		68	1,47
Canarias	Palmas (Las)	63	31,03
	Santa Cruz de Tenerife	140	68,97
		203	4,40
Cantabria	Cantabria	98	100,00
		98	2,12
Castilla la Mancha	Albacete	26	14,53
	Ciudad Real	45	25,14
	Cuenca	17	9,50
	Guadalajara	20	11,17
	Toledo	71	39,66
Castilla la Mancha		179	3,88

Castilla y León	Ávila	25	10,25
	Burgos	43	17,62
	León	44	18,03
	Palencia	11	4,51
	Salamanca	26	10,66
	Segovia	9	3,69
	Soria	9	3,69
	Valladolid	56	22,95
	Zamora	21	8,61
Castilla y León		244	5,29
Cataluña	Barcelona	303	74,26
	Girona	35	8,58
	Lleida	22	5,39
	Tarragona	48	11,76
Cataluña		408	8,84
Ceuta	Ceuta	1	100,00
Ceuta		1	0,02
Comunidad Valenciana	Alicante	183	36,02
	Castellón	44	8,66
	Valencia	281	55,31
Comunidad Valenciana		508	11,01
Extremadura	Badajoz	42	56,00
	Cáceres	33	44,00
Extremadura		75	1,63
Galicia	A Coruña	93	41,52
	Lugo	27	12,05
	Ourense	24	10,71
	Pontevedra	80	35,71
Galicia		224	4,85
Madrid	Madrid	1.357	100,00
Madrid		1.357	29,40
Melilla	Melilla	1	100,00
Melilla		1	0,02
Murcia	Murcia	107	100,00
Murcia		107	2,32

Navarra	Navarra	25	100,00
Navarra		25	0,54
País Vasco	Álava	25	13,16
	Guipúzcoa	43	22,63
	Vizcaya	122	64,21
País Vasco		190	4,12
Rioja (La)	Rioja (La)	30	100,00
Rioja (La)		30	0,65
TOTAL TERRITORIO ESPAÑOL		4.612	99,93
TERRITORIO		NÚMERO	%
Con origen fuera del territorio Español		3	100,00
TOTAL FUERA DEL TERRITORIO ESPAÑOL		3	0,07
TOTAL		4.615	100,00

El cuadro anterior ofrece una clasificación de la totalidad de los expedientes de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación, iniciados en el Servicio de Reclamaciones durante el año 2004, atendiendo al lugar de origen del interesado. Asimismo, se distingue entre las presentadas con origen en territorio español y las presentadas con origen fuera del territorio español.

Del total de expedientes iniciados un 99.93% corresponden al territorio español, mientras que únicamente un 0.07% proceden de fuera de éste.

Las presentadas en territorio español, a su vez, han sido clasificadas por comunidades autónomas y por provincias. Para cada comunidad autónoma se indica el número de expedientes iniciados y el porcentaje que representa respecto a la cifra total. Para cada provincia se indica el número de expedientes y el porcentaje que representan respecto al total de la comunidad autónoma.

Las comunidades autónomas con mayor número de expedientes iniciados, al igual que el año anterior, son Madrid (1.357), Andalucía (680), la Comunidad Valenciana (508) y Cataluña (408). Entre las provincias con mayor número de expedientes iniciados destaca Madrid con el 29% del total de expedientes, seguida de Barcelona (303), Valencia (282) y Sevilla (231).

IV.2. Seguros

Como anteriormente se ha indicado, la segunda parte del informe estadístico contiene las cifras de los expedientes en materia de seguros. Esta materia es la que origina el mayor número expedientes y, por tanto, la mayor actividad del Servicio de Reclamaciones.

**CUADRO V.
EVOLUCIÓN CLASIFICADA DE EXPEDIENTES INICIADOS EN 2004.**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE SEGUROS	RECLAMACIONES DE SEGUROS NO ADMITIDAS	CONSULTAS	CONSULTA NO ADMITIDA	QUEJAS	TOTAL
Enero	157	61	14	1	3	236
Febrero	243	168	15	0	4	430
Marzo	265	173	11	0	2	451
Abril	233	257	20	0	1	511
Mayo	237	158	21	0	2	418
Junio	247	155	18	0	6	426
Julio	145	112	11	1	2	271
Agosto	195	170	5	0	1	371
Septiembre	92	93	8	0	1	194
Octubre	220	183	12	0	1	416
Noviembre	326	202	18	0	8	554
Diciembre	88	60	15	0	2	165
TOTAL AÑO 2004	2.448	1.792	168	2	33	4.443
TOTAL AÑO 2003	2.256	2.294	188	0	50	4.788

El cuadro anterior ofrece información del total de los expedientes iniciados en el año 2004, clasificados por tipos.

La cifra total de expedientes iniciados se eleva a 4.443, de ellos 4.240 se refieren a expedientes de reclamación admitidos y no admitidos, 170 se refiere a consultas, y 33 son quejas .

Por lo que se refiere a la cifra total de expedientes de 4.443, se observa un descenso de 345 expedientes respecto a los iniciados en el año 2003, lo que supone una disminución de aproximadamente un 7,2%.

De la cifra de 4.240 expedientes iniciados relacionados con reclamaciones de seguros, hay que distinguir:

- 2.448 son expedientes que han dado lugar a un procedimiento de reclamación. Esta cifra ha aumentado respecto al año anterior aproximadamente en un 8,5%.
- 1.792 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, que constituye un requisito necesario para iniciar un procedimiento de reclamación en este Servicio. No obstante, aunque la cifra sigue siendo muy elevada, se observa una disminución de este tipo de expedientes con respecto al año anterior de aproximadamente un 22%, lo que se puede explicar por la mayor información que, como consecuencia de la nueva normativa de protección a los clientes de servicios financieros, las entidades aseguradoras están obligadas a facilitar a sus clientes.

La cifra de expedientes relacionados con consultas es de 170, de los cuales 168 han sido admitidos, mientras que 2 de ellos han sido no admitidos, por referirse a operaciones concretas con una entidad determinada, por lo que el Servicio de Reclamaciones informó al interesado que a través de una consulta no se pueden resolver casos concretos, sin perjuicio de poder plantear la oportuna queja o reclamación. Se observa que la cifra de consultas ha disminuido con respecto al año anterior en aproximadamente un 9,6%.

Por último, las quejas iniciadas durante el año 2004 se elevan a 33, por lo que esta cifra también ha disminuido con respecto al año anterior.

**CUADRO VI.
RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADAS EN 2004 CLASIFICADAS POR RAMOS O
AGRUPACIONES DE RAMOS.**

RAMOS ó AGRUPACIONES	NÚMERO	% S/TOTAL
Otros daños a los bienes	650	26,55
Automóviles	607	24,80
Vida	368	15,03
Incendio y elementos de la naturaleza	236	9,64
Enfermedad (incluida la asistencia sanitaria)	155	6,33
Responsabilidad civil general	129	5,27
Accidentes	87	3,55
Decesos	77	3,15
Defensa jurídica	73	2,98
Asistencia	52	2,12
Mercancías Transportadas	7	0,29
Perdidas pecuniarias diversas	4	0,16
Vehículos marítimos, lacustres y fluviales	2	0,08
Vehículos ferroviarios	1	0,04
TOTAL	2.448	100,00

El cuadro anterior contiene las cifras de los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2004.

Entre los ramos más reclamados se encuentran los de "otros daños a los bienes", automóviles, vida e incendios y elementos de la naturaleza.

Los ramos relacionados con los seguros que se comercializan como multirriesgos, básicamente los de hogar y los de comunidades de propietarios, han sido los que mayor número de reclamaciones han generado durante 2004, ya que el ramo más reclamado ha sido "otros daños a los bienes" que junto con el ramo de "incendio y elementos de la naturaleza", representan el 36% del total de las reclamaciones de seguros.

El ramo de automóviles y el de vida aparecen como el segundo y tercero más reclamado, representando aproximadamente un 25% y un 15% respectivamente del total de reclamaciones, por lo que se mantiene la tendencia de años anteriores.

Otros ramos que también han sido objeto de un número apreciable de reclamaciones son los de enfermedad y asistencia sanitaria, responsabilidad civil general, accidentes, decesos, defensa jurídica y asistencia. Respecto al año anterior se observa un aumento de las reclamaciones en los ramos de responsabilidad civil general, accidentes, defensa jurídica y asistencia, sin embargo las reclamaciones en el ramo de decesos han disminuido.

**CUADRO VII.
RECLAMACIONES DE SEGUROS RESUELTAS EN 2004
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN.**

MATERIA	N°	%
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	641	29,74
Valoración del siniestro; remisión al trámite pericial del art. 38 LCS	314	14,57
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	224	10,39
Seguro de vida: cuestiones específicas	152	7,05
Fijación y pago de la prima; domiciliación bancaria	121	5,61
Defensa jurídica	111	5,15
Responsabilidad civil, incluida la derivada de la circulación de vehículos	108	5,01
Modificación del contrato, en especial subida de primas	84	3,90
Seguro de robo	73	3,39
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato anual	52	2,41
Declaración del riesgo al firmar el contrato	46	2,13
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del artículo 3 LCS, en general; y en particular las cláusulas de rescisión post siniestro	19	0,88
Seguros de enfermedad y asistencia sanitaria	16	0,74
Seguro de accidentes	16	0,74
Transmisión del objeto asegurado	15	0,70
Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del contrato	14	0,65
Interés de demora	12	0,56
Acción directa del perjudicado frente a la compañía responsable	12	0,56
Nulidad del contrato por falta de objeto asegurado o interés asegurado	7	0,32
Declaración del siniestro; gastos de salvamento	7	0,32
Contenido mínimo del contrato de seguro	6	0,28
Cobertura de defensa jurídica y reclamación de daños	6	0,28
Propuesta y solicitud de seguro; efectos retroactivos del contrato	15	0,70
Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro	5	0,23
Infraseguro y sobreseguro	5	0,23
Coaseguro	4	0,19
Capital y sumas aseguradas	4	0,19
Seguros de suscripción obligatoria	3	0,14
Resto de materias	63	2,92
TOTAL	2.155	100,00

Este cuadro ofrece información sobre los asuntos más comunes de reclamación durante 2004, ordenados de mayor a menor.

Los asuntos más reclamados se refieren a divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, la valoración del siniestro, el impago de la indemnización, aspectos relacionados con los seguros de vida, cuestiones relativas al pago de la prima, al seguro de defensa jurídica, y a la responsabilidad civil, en especial la derivada de la circulación de vehículos a motor. Estos asuntos representan aproximadamente el 77,5% del total de las reclamaciones resueltas durante el año 2004 por el Servicio de Reclamaciones.

Al igual que en años anteriores, la aplicación de la póliza y sus coberturas garantizadas es el asunto que mayor número de reclamaciones genera, habiéndose incrementado en más de un 8% respecto al año anterior.

Las discrepancias en la valoración del siniestro siguen ocupando el segundo puesto entre los asuntos más reclamados por los usuarios de seguros. En muchas ocasiones la resolución de reclamaciones que tienen por objeto la valoración de daños requiere la intervención de expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el Servicio emite un informe en el que se pone de manifiesto la necesidad de acudir al procedimiento pericial establecido en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, para resolver las diferencias planteadas.

Las reclamaciones sobre la falta de pago de la indemnización y del importe mínimo, originadas, en muchas ocasiones, por el retraso de las entidades aseguradoras en la tramitación y liquidación de los siniestros, siguen siendo otros de los asuntos que más reclamaciones han generado, no habiendo experimentado durante el año 2004 diferencias significativas respecto a años anteriores.

Las reclamaciones relacionadas con los seguros de vida, representan el 7% del total. La problemática principal que plantean se centra en la defectuosa información proporcionada al asegurado en el momento de la contratación, sobre todo, en aspectos relacionados con los derechos del tomador y, en particular, en la cuantía de las prestaciones a pagar por el asegurador.

Los temas más comunes de reclamación relacionadas con las primas son los relativos al importe, al lugar de pago y a la solicitud de devolución de la prima

pagada como consecuencia de la extinción del contrato con anterioridad a la fecha de vencimiento, representando éstos aproximadamente el 5,6% del total.

Las reclamaciones por asuntos relacionados con la cobertura de defensa jurídica, se elevan al sexto puesto, por delante de los relacionados con la responsabilidad civil y en especial con la derivada de la circulación de vehículos a motor. Los temas de defensa jurídica, que hasta 2002 habían pasado prácticamente desapercibidos, fueron los que más se elevaron en 2003, continuando durante 2004 esta tendencia. Este continuo incremento se explica por la inclusión de esta cobertura, sobre todo, en pólizas de hogar, de comunidades de propietarios y de vehículos, que son los ramos de seguros que más siniestros generan, lo que implica que los asegurados, cada vez más, hagan uso de esta cobertura.

El resto de asuntos representan el 22,5% de las reclamaciones resueltas por el Servicio de Reclamaciones.

**CUADRO VIII.
CONSULTAS RESUELTAS DURANTE 2004
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE LA CONSULTA.**

MATERIA	Nº	o/o
Seguros de suscripción obligatoria	34	19,54
Modificación del contrato, en especial, los aumentos de prima	26	14,94
Existencia de pólizas	21	12,07
Divergencias en la aplicación e interpretación de la póliza	19	10,92
Datos sobre entidades	16	9,20
Información para plantear reclamación	8	4,60
Seguros de vida; cuestiones específicas	8	4,60
Seguro defensa jurídica	5	2,87
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato anual	4	2,30
Texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión del seguro privado	4	2,30
Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del contrato	3	1,72
Impago de la indemnización; importe mínimo	3	1,72
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del art. 3 LCS	3	1,72
Materia de grandes riesgos	2	1,15
Consortio de Compensación de Seguros	2	1,15
Resto de materias	16	9,20
TOTAL	174	100,00

Este cuadro ofrece información sobre los principales asuntos de consulta durante el año 2004, entre los cuales destacan los relacionados con seguros de suscripción obligatoria, los referidos a la modificación de los contratos y, en especial, a los aumentos de primas, consultas en las que se solicita información sobre los seguros suscritos por una persona fallecida, las relativas a la interpretación y aplicación de la póliza y aquellos en que se solicita información sobre determinadas entidades aseguradoras.

Las consultas relacionadas con la suscripción de seguros obligatorios, al igual que en años anteriores, ocupan la primera posición. Éstas principalmente se refieren al seguro obligatorio de vehículos, siendo los temas más habituales los referidos a si determinados vehículos industriales están obligados a la suscripción del seguro obligatorio de responsabilidad civil; las dificultades que encuentran en el mercado las personas menores de 25 años o con una antigüedad inferior a dos años en el permiso de conducir, para cubrir a través de un seguro, la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor, y a las elevadas primas exigidas a estos conductores. Las consultas relacionadas con el resto de seguros obligatorios solicitan información sobre cómo actuar ante las dificultades que se encuentran en el mercado para suscribir un determinado seguro o plantean si es obligatoria la suscripción de un seguro para la realización de una determinada actividad.

Las consultas relativas a la modificación de los contratos y, en especial, a los aumentos de primas se elevan respecto al año anterior, y se refieren principalmente a los aumentos de las primas en el ramo de decesos.

Las consultas en las que se solicita información sobre las pólizas suscritas por una persona fallecida, ocupan este año la tercera posición. En estos casos, el Servicio informa que no existe un registro general de las pólizas suscritas por los asegurados, por lo que no se puede facilitar la información solicitada. No obstante, hay que señalar en el momento de redactar este informe anual se está tramitando en las Cortes Generales una proposición de Ley sobre la creación de un registro que contenga la información sobre las pólizas de vida suscritas por los asegurados.

Otro de los asuntos que mayor número de consultas ha generado es el relativo a la interpretación y aplicación de la póliza, incrementándose respecto al año anterior en un 7% aproximadamente. En ellas se solicita información sobre las

coberturas contratadas, así como sobre aspectos relacionados con la interpretación de determinadas cláusulas recogidas en los contratos.

Las consultas en las que se solicita información sobre entidades, aparecen este año como novedad entre los asuntos más frecuentes. En éstas es habitual que se pida información sobre las diferentes instancias de reclamación establecidas por las entidades aseguradoras o que se soliciten datos relativos a si una determinada entidad se encuentra autorizada para el ejercicio de la actividad aseguradora privada, entre otros.

**CUADRO IX.
QUEJAS RESUELTAS DURANTE 2004
ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA.**

MATERIA	Nº	%
Impago de la indemnización; pago del importe mínimo	9	21,95
Divergencia en la aplicación e interpretación de la póliza contratada	8	19,51
Modificación del contrato, en especial, subida de primas	7	17,07
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato anual	3	7,32
Defensa jurídica	2	4,88
Resto de materias	12	29,27
TOTAL	41	100,00

El cuadro anterior ofrece información sobre los asuntos que han generado el mayor número de quejas, entre los cuales destacan las relativas al pago del importe de la indemnización, las divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, así como las quejas relacionadas con las modificaciones de los contratos y, en especial, con el incremento de las primas.

Las quejas relativas al pago de la indemnización, ponen de manifiesto la deficiente tramitación del siniestro por la entidad aseguradora, así como el retraso injustificado en el pago de la indemnización o en el cumplimiento de la prestación.

Las quejas motivadas por divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza se refieren a la deficiente información proporcionada por la entidad aseguradora, en el momento de la contratación, sobre la extensión de las coberturas contratadas.

Otro de los motivos que mayor número de quejas ha generado es el incremento de las primas, a veces muy importante sobre todo en los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria a medida que se aumenta la edad.

**CUADRO X.
EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES DE SEGUROS INICIADOS EN 2004
SEGÚN LA FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD.**

FORMA JURIDICA	NÚMERO	%
Sociedad Anónima	2.109	86,19
Mutua	282	11,52
Entidad Extranjera (Sucursal)	30	1,23
Mutualidad de Previsión Social	18	0,74
Entidad Extranjera (L.P.S.)	7	0,29
Entidades de Derecho Público	1	0,04
Agrupaciones	1	0,04
TOTAL	2.448	100,00

Este cuadro muestra la clasificación de las reclamaciones iniciadas durante el año 2004 atendiendo a la forma jurídica de la entidad reclamada. El mayor volumen de reclamaciones lo constituyen las dirigidas contra sociedades anónimas que representan el 86%; le siguen las reclamaciones contra mutuas alcanzando el porcentaje del 11%; el restante 3% lo constituyen reclamaciones contra entidades extranjeras, mutualidades de previsión social, entidades de derecho público y agrupaciones de entidades aseguradoras.

**CUADRO XI.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES
INICIADAS EN 2004.**

ENTIDADES	NÚMERO	%
ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA	139	5,69
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	134	5,48
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	109	4,46
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	109	4,46
OCASO, S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	87	3,56
BBVA SEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	83	3,39
MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	80	3,27
AXA AURORA IBERICA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	76	3,11
LA ESTRELLA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	75	3,07
WINTERTHUR SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	70	2,86
MAPFRE, MUTUALIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	68	2,78
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	62	2,54
ZURICH ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	58	2,37
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	57	2,33
GENESIS SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	57	2,33
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	57	2,33

Este cuadro ofrece una relación de las dieciséis entidades con mayor número de reclamaciones iniciadas durante el año 2004 y suponen un 54% del total de las reclamaciones.

Las entidades con mayor número de reclamaciones durante 2004 han sido Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., Santa Lucía, S.A. Compañía de Seguros, Cajas de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) y Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Estas entidades también han ocupado durante años anteriores los primeros puestos en el número de reclamaciones recibidas; sin embargo este año se observan diferencias. Por un lado, existe un aumento del número de reclamaciones de la entidad Allianz, pasando a ocupar ésta la primera posición y, por otro, hay un descenso de aproximadamente el 36% del número de reclamaciones de la entidad CASER, pasando a la tercera posición de las entidades más reclamadas, junto con Seguros Catalana Occidente. La entidad Santa Lucía, al igual que el año anterior, sigue ocupando la segunda posición con un leve descenso en el número de reclamaciones.

Asimismo, también ocupan los primeros puestos en este grupo de entidades más reclamadas, Ocaso, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros y BBVA Seguros, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, S.A, habiendo incrementado todas ellas el número de reclamaciones en más de un 40 % respecto al año anterior.

Otro de los incrementos más notables del número de reclamaciones, con respecto al año anterior, lo constituye el de las entidades Mapfre Seguros Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, y el de Mapfre Mutualidad de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, con un 77% y un 51% respectivamente de incremento.

En sentido contrario, cabe destacar la disminución del número de reclamaciones de la entidad La Estrella, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros casi en más de una tercera parte.

Por último, las entidades Pelayo, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija y Génesis Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, aparecen por primera vez en este grupo de entidades más reclamadas.

CUADRO XII.
ASEGURADORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN 2004 Y ANÁLISIS DE LA FORMA DE TERMINACIÓN

ENTIDADES	TOTAL	INFORMES FAVORABLES AL RECLAMANTE				INFORMES FAVORABLES A LA ENTIDAD			
		Allanamientos	Resoluciones favorables al reclamante	TOTAL	%	Informes favorables a la entidad	%	Otros Pronunciamientos	&
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	154	21	27	48	31,17	42	27,27	64	41,56
SANTA LUCIA, S.A. CIA. DE SEGUROS.	149	16	13	29	19,46	53	35,57	67	44,97
ALLIANZ ,CIA DE SEGUROS Y REASEG., S.A.	99	26	15	41	41,41	15	15,15	43	43,43
LA ESTRELLA, S A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.	84	9	25	34	40,48	13	15,48	37	44,05
AXA AURORA IBERICA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	66	10	20	30	45,45	10	15,15	26	39,39
OCASO, S.A., CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.	62	6	10	16	25,81	15	24,19	31	50,00
SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	60	5	5	10	16,67	19	31,67	31	51,67
BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS	59	7	14	21	35,59	12	20,34	26	44,07
ZURICH ESPAÑA, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	59	3	14	17	28,81	18	30,51	24	40,68
PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	58	5	12	17	29,31	18	31,03	23	39,66
WINTERTHUR SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	57	23	9	32	56,14	9	15,79	16	28,07
MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA	53	11	15	26	49,06	4	7,55	23	43,40
MAPFRE SEGUROS GENERALES, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	48	4	5	9	18,75	23	47,92	16	33,33
BANCO VITALICIO DE ESPAÑA, CIA. ANON. DE SEGUROS Y REASEGUROS.	46	1	12	13	28,26	10	21,74	23	50,00
LIBERTY INSURANCE GROUP, CIA DE SEGUROS Y REASEG., S.A.	44	2	15	17	38,64	7	15,91	20	45,45

En este cuadro se analizan las diferentes formas de terminación de los expedientes de las 15 compañías con más reclamaciones resueltas durante 2004 por el Servicio de Reclamaciones. Las entidades que se encuentran en los primeros puestos coinciden con las que obtuvieron el mayor número de reclamaciones durante 2003, ya que el Servicio sigue un orden cronológico en la resolución de expedientes.

Los datos contenidos en el cuadro ofrecen información sobre el total de reclamaciones resueltas de cada una de las entidades aseguradoras señaladas, distinguiendo en términos absolutos y porcentualmente aquellas que finalizaron con el allanamiento de la entidad a las pretensiones del reclamante, aquellas en las que el Servicio emite un informe favorable desestimando la reclamación del interesado, las que finalizan con la emisión por el Servicio de un informe favorable al interesado estimando su reclamación, y por último, el campo "otros pronunciamientos" contiene los datos de las reclamaciones que finalizaron con la remisión al trámite pericial o a un órgano judicial, aquellas que fueron archivadas como consecuencia del desistimiento por parte del reclamante, por la existencia de un pago anterior a la finalización de la reclamación o por encontrarse el procedimiento pendiente de resolución judicial.

Sumando informes favorables al reclamante y allanamientos de la entidad sólo una entidad supera el porcentaje de 50% de expedientes desfavorables a sus planteamientos: Winterthur Seguros Generales, con el 56,14%.

La entidad con el porcentaje más elevado de informes a su favor es Mapfre Seguros Generales con el 47,92%.

IV.3. Planes de Pensiones

El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tramita y resuelve las reclamaciones presentadas por partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones individuales, manteniendo la Subdirección General de Planes y Fondos de Pensiones las competencias para conocer y resolver las reclamaciones que tengan su origen en planes de pensiones de empleo y asociados.

La normativa reguladora de los planes de pensiones tuvo en su origen un enfoque eminentemente técnico, dirigido a regular su organización, funcionamiento interno, seguridad y diversificación de las inversiones y su supervisión; aspectos imprescindibles para que pueda cumplir su objetivo de sistema privado complementario de pensiones solvente. Hasta la publicación de la Ley 8/1987, de 8 de junio, de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, solamente existían en España normas parciales reguladoras de aspectos aislados de las instituciones de previsión social, careciendo el ordenamiento jurídico español de una norma global que regulase una nueva forma de inversión del ahorro que año tras año iba incrementando su peso en el sistema financiero. Posteriormente el Reglamento aprobado por Real Decreto 1307/1988, de 30 de septiembre, desarrolla los principios recogidos en la Ley.

La publicación del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, que derogó la Ley de 1987, y la aprobación de su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 304/2004, han supuesto un paso adelante en la defensa de los derechos de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones, estableciendo una mayor seguridad jurídica a los sujetos participantes en el proceso de inversión, y aumentando las exigencias de un mayor nivel de transparencia e información hacia los partícipes.

Por su parte, el capítulo V de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, implantó la obligación para toda entidad financiera, de crear o mantener un servicio de atención al cliente para atender y resolver las quejas y reclamaciones que puedan presentar los clientes de dichas entidades. Estos principios básicos fueron desarrollados por la Orden

ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

De esta forma, se ha consolidado un sistema de reclamaciones que garantiza el previo conocimiento y decisión por parte de la entidad gestora o depositaria de fondos de pensiones de los motivos de la reclamación de su cliente, permitiendo resolver determinados problemas, sin que se conviertan en una reclamación ante el órgano supervisor. Incluso en aquellos supuestos en los que es inevitable la presentación ante la autoridad de control de planes y fondos de pensiones, el proceso de reclamación previo ante la entidad, permite incorporar nuevos elementos de juicio necesarios para una acertada decisión sobre la reclamación que se presenta ante el órgano de control. Todo ello en forma similar a lo que ya sucedía en el ámbito de los seguros privados.

IV.3.1. Expedientes iniciados durante el año.

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

**CUADRO XIII
EVOLUCIÓN MENSUAL CLASIFICADA DE
RECLAMACIONES INICIADAS EN 2004**

PERÍODO	RECLAMACIONES DE PLANES	RECLAMACIONES DE PLANES NO ADMITIDAS	TOTAL
Enero	8	7	15
Febrero	8	2	10
Marzo	14	5	19
Abril	6	6	12
Mayo	12	7	19
Junio	13	5	18
Julio	6	3	9
Agosto	9	5	14
Septiembre	7	2	9
Octubre	11	4	15
Noviembre	10	3	13
Diciembre	4	2	6
TOTAL AÑO 2004	108	51	159

IV.3.2. Motivos de reclamación

En el cuadro que se muestra a continuación, pueden apreciarse cuales fueron los motivos de reclamación más repetidos durante el año.

**CUADRO XIV.
RECLAMACIONES INICIADAS DURANTE 2004
CLASIFICADAS POR ASUNTOS.**

MOTIVOS	NÚMERO	% S/TOTAL
Reclamaciones de aportaciones de jubilados efectuadas al plan de pensiones con posterioridad a la jubilación.	10	16,67
Información comercial al cliente, comercialización, incumplimiento de publicidad, apertura de plan de pensiones sin autorización del interesado, limite de aportaciones al plan de pensiones.	9	15,00
Movilización derechos consolidados. Incumplimiento de plazos máximos para la movilización.	8	13,33
Desacuerdos con la valoración derechos consolidados.	8	13,33
Consultas sobre inversiones de fondos de pensiones.	6	10,00
Reclamaciones por desacuerdo en la valoración de la prestación recibida por el partícipe. Reclamaciones sobre gastos y comisiones repercutidas al partícipe.	5	8,33
Reclamaciones de beneficiarios o herederos.	3	5,00
Invalidez-Jubilación. Consultas sobre aportaciones realizadas por personas inválidas para la jubilación.	2	3,33
Liquidez de los planes de pensiones por desempleo larga duración, formas de cobro y trabajadores autónomos.	2	3,33
Prestaciones en general. Formas de cobro de las prestaciones y su modificación.	2	3,33
Invalidez-Prestaciones, temas sobre las formas de cobro de la prestación planteadas por minusválidos.	1	1,67
Demora en el cobro de la prestación.	1	1,67
Invalidez, Incluye todos los temas referentes a la invalidez, cualquiera que sea el tema tratado, cobro de prestaciones por invalidez absoluta, incapacidad y aportaciones sucesivas, incapacidad permanente y aportaciones para la jubilación.	1	1,67
Sin clasificar.	2	3,33
TOTAL AÑO 2004	60	100,00

Entre las reclamaciones tramitadas durante el año 2004 por el Servicio de Reclamaciones, las aportaciones a planes de pensiones por personas ya jubiladas ha sido el más repetido por los reclamantes, siempre partiendo de que la falta de información recibida de la entidad gestora o comercializadora, motivó el hecho de que el partícipe continuara realizando aportaciones posteriores al momento de su jubilación, desconociendo su futura indisponibilidad por el partícipe, dado que las mismas solo podrían ser destinadas a cubrir la contingencia de fallecimiento, pasando a ser percibidas por los beneficiarios.

En este grupo de reclamaciones debe tenerse en cuenta la modificación legislativa introducida por la disposición transitoria decimotercera de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y otras Normas Tributarias, que entró en vigor el 1 de enero de 1999, estableciendo que los partícipes de planes de pensiones que, con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley hubieran seguido haciendo aportaciones a los mismos con posterioridad al cese de la actividad laboral, podían optar, bien por mantener los derechos consolidados correspondientes a dichas aportaciones para cubrir la contingencia de fallecimiento o bien recuperarlos en forma de capital en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de esa Ley. El período transitorio para ejercer estas opciones finalizó el 31 de diciembre de 1999.

En la actualidad, el artículo 8.6.a) del texto refundido de la Ley de regulación de planes y fondos de pensiones dispone que a partir del acceso a la jubilación, las aportaciones a planes de pensiones sólo podrán destinarse a la contingencia de fallecimiento.

La aclaración legislativa introducida en el año 1998 por la norma tributaria mencionada, no modificó la naturaleza ni la finalidad de la prestación por jubilación, ni el contenido de la relación contractual, solamente ordenó en un único sentido, diversas prácticas que el mercado había tomado como consecuencia de una indefinición legal que no aclaraba, como ahora hace el artículo 8º del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, que la ocurrencia del hecho generador de la jubilación hace nacer el derecho a la prestación por jubilación, siendo contrario a la naturaleza del plan de pensiones que se continúen aportando fondos para una contingencia que en el futuro ya no puede volver a producirse.

En relación con el segundo motivo de reclamación, la deficiente información recibida por el partícipe al inicio de la contratación, en ocasiones se

reclaman errores materiales en la información periódica que recibe el partícipe donde deben detallarse las aportaciones realizadas durante un determinado periodo; en otras se reclama porque de la información recibida, creyeron entender que el plan contratado no podía tener pérdidas, pero la realidad fue que la bajada de las cotizaciones de los activos en los que invertía hicieron obtener rentabilidades negativas al partícipe. En todos estos casos, se pone de manifiesto la importancia para el partícipe de recibir información clara, detallada y periódica de la evolución de la valoración de sus derechos consolidados, de forma que si la evolución no es la esperada pueda movilizar sus derechos consolidados a otro plan cuya composición de activos se adapte mejor a las expectativas y al perfil personal del partícipe.

En el supuesto de reclamaciones de herederos y beneficiarios, los motivos que provocaron la reclamación fueron el retraso en el abono de las prestaciones de viudedad y orfandad de los planes de pensiones y la ausencia de información solicitada expresamente a la entidad gestora.

En otros casos, los problemas surgieron porque el partícipe había designado como beneficiario a una organización no gubernamental (ONG), lo cual no es posible según la normativa aplicable a los planes de pensiones, que exige en todo caso que los beneficiarios sean personas físicas. Los herederos legales firmaron una declaración de entrega de legado, de forma que los herederos, que son los beneficiarios, transmitieron los derechos consolidados a la ONG. Sin embargo, aunque decidieron cumplir la voluntad del partícipe y renunciar a sus derechos sobre el plan de pensiones, las obligaciones fiscales les siguen correspondiendo a ellos.

En otro supuesto, el beneficiario fue la esposa del partícipe, pero esta no reclamó el cobro de la prestación, falleciendo poco tiempo después del partícipe. Y esta, la beneficiaria, dejó todos sus bienes a una fundación. Este caso se detalla en el apartado dedicado a expedientes concretos cuyo contenido merece la pena ser destacado.

Diversas reclamaciones fueron originadas por la negativa de la entidad a hacer efectivas las prestaciones por los supuesto extraordinarios de enfermedad grave o desempleo de larga duración, por entender la entidad que no se cumplían los requisitos marcados por la legislación aplicable o por las especificaciones del plan de pensiones. En estos casos hay que recordar que

deben cumplirse las condiciones que actualmente se detallan en el artículo 9º del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones aprobado en el año 2004.

La valoración de los derechos consolidados durante la vigencia del plan de pensiones o en el momento del cobro de la prestación fue otro de los motivos de reclamación. En este aspecto las entidades deberían aumentar la información sobre el proceso interno de valoración de los derechos, ampliando los detalles sobre los valores en los que se invierte y las cotizaciones de los mismos, pues es causa habitual de reclamación la falta de transparencia hacia el partícipe de la composición de los fondos donde son invertidas las aportaciones de aquellos.

IV.3.3. Entidades contra las que se reclama

En el cuadro que se muestra al final de este apartado, se detallan las entidades que fueron objeto de más reclamaciones durante el año 2004, mostrándose en las distintas columnas, el número total de reclamaciones presentadas, el porcentaje sobre el total de reclamaciones recibidas en el Servicio de Reclamaciones y por último, se indica la cuota de mercado por patrimonio gestionado que le corresponde a cada una de estas entidades.

**CUADRO XV.
GESTORAS CON MAYOR NÚMERO DE RECLAMACIONES EN 2004**

NOMBRE DE LA GESTORA	RECLAMACIONES	% S/TOTAL RECLAMACIONES	% PATRIMONIO GESTIONADO S/TOTAL (1)
SANTANDER PENSIONES S.A., E.G.F.P.	41	40,20	16,83
BBVA PENSIONES S.A., E.G.F.P.	24	23,53	16,83
CAJA DE MADRID DE PENSIONES S.A., E.G.F.P.	4	3,92	5,51

(1) Fuente: INVERCO.

IV.4. Mediación

La tramitación de expedientes presentados por los usuarios de seguros contra la actuación de mediadores, ha sido asumida desde finales del año 2004 por el Servicio de Reclamaciones, motivo por el que el número de las mismas es muy reducido. Hasta dicho momento era el departamento de mediación de la Subdirección de Ordenación del Mercado de Seguros el encargado de recibir y tramitar todo tipo de reclamaciones sobre mediación.

La mayoría de los motivos de no admisión fueron la falta de presentación previa de la reclamación ante los servicios de atención al cliente o defensor del asegurado de la sociedad de correduría o de la entidad aseguradora, en el caso de que la reclamación lo fuera contra un agente de seguros. En este punto hay que recordar que según determina la Ley 9/1992, de 30 de abril, de mediación en seguros privados, las entidades aseguradoras responderán administrativamente de las actuaciones irregulares de sus agentes de seguros, motivo por el que la tramitación de este tipo de reclamaciones se realiza con la entidad aseguradora y no con el agente que motiva la reclamación.

En cuanto a las causas de las reclamaciones destacan la información incompleta, o confusa suministrada por el mediador sobre el contenido de la póliza; la asistencia en caso de siniestro incorrecta y por último, problemas surgidos a raíz del carácter del mediador de seguros como depositario de cantidades monetarias de terceros, tanto del tomador, recibidas en concepto de pago de primas, como de las entidades aseguradoras para el pago de siniestros.

**CUADRO XVI.
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS RECLAMACIONES DE MEDIACIÓN
INICIADAS EN 2004.**

PERÍODO 2004	RECLAMACIONES DE MEDIADORES	RECLAMACIONES DE MEDIADORES NO ADMITIDAS	TOTAL
Septiembre	1	4	5
Octubre	3	0	3
Noviembre	2	3	5
TOTAL 2004	6	7	13

IV.5. Unidad de Atención al Público

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

Tipo	Nº de Consultas
Telefónico	13.849
Visitas	1.869
TOTAL AÑO	15.718

El Servicio de Reclamaciones dispone de una Unidad de Atención al Público encargada de facilitar de manera directa a los ciudadanos el asesoramiento e información en materia de seguros, planes y fondos de pensiones y mediación. Las consultas pueden ser realizadas por vía telefónica o a través de visitas presenciales sin necesidad de cita previa.

El cuadro anterior muestra las cifras totales de las consultas atendidas por la Unidad de Atención al Público durante el año 2004. Las consultas telefónicas han ascendido a 13.849, mientras que las visitas ascienden a 1.869. En estas cifras se observa una disminución con respecto al año anterior, habiendo disminuido el número de consultas telefónicas en aproximadamente un 4%, mientras que las consultas presenciales han experimentado una disminución de un 35%.

Como causas de esta disminución hay que señalar el esfuerzo de información y asesoramiento general realizado a través de la página web de la DGSFP y la entrada en vigor de la Orden ECO/734 sobre los departamentos y servicios de atención al cliente.

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

RAMO	PORCENTAJE
Seguro de automóviles	56,38%
Multirriesgos	21,56%
Vida	7,89%
Enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)	4,31%
Decesos	3,61%
Responsabilidad civil general	3,39%
Defensa jurídica	1,29%
Accidentes	0,74%
Asistencia	0,49%
Vehículos marítimos lacustres y fluviales	0,15%
Mercancías Transportadas	0,08%
Crédito	0,04%
Vehículos aéreos	0,04%
Vehículos ferroviarios	0,02%
TOTAL	100,00%

El cuadro anterior ofrece la información sobre los ramos que dan lugar a mayor número de consultas.

Como en años anteriores las consultas más numerosas son las referidas a asuntos relacionados con el seguro de automóviles, que representan más del 50% del total y las relacionadas con los seguros multirriesgo del hogar con un porcentaje del 21% sobre el total.

Las consultas recibidas por la unidad de atención al público relacionadas con el seguro de automóviles, principalmente se refieren a los aumentos de primas o divergencias con la valoración de los daños realizados por la entidad. Las consultas relacionadas con los seguros multirriesgo se refieren básicamente a los que afectan al hogar, en las que se plantean cuestiones relativas a las coberturas contratadas o a discrepancias con el importe de la indemnización, o relacionadas con daños estéticos.

También son significativas las consultas recibidas por la Unidad de Atención al Público en el ámbito de los seguros de vida, siendo frecuente aquellas que

solicitan aclaraciones sobre los especiales derechos del tomador en este tipo de seguros.

Por último, también hay que destacar que la información referida a cómo reclamar, se solicita simultáneamente a la información sobre el asunto en concreto siendo frecuente la solicitud de información sobre las diferentes instancias de reclamación establecidas por las entidades y los cauces legales para plantear una reclamación ante este Servicio.

V. ASUNTOS MÁS DESTACADOS DEL AÑO

Se comentan a continuación algunos de los asuntos de mayor interés suscitados en las reclamaciones, quejas y consultas planteadas a lo largo del año 2004.

Con ello se quiere dar una visión más cercana de las cuestiones que preocupan a los usuarios de seguros y fondos de pensiones, así como del trabajo realizado por el Servicio de Reclamaciones.

Dado el interés de estos comentarios y la intención de incorporarlos como un apartado fijo en sucesivos informes del Servicio de Reclamaciones, se ha optado por numerarlos a efectos de permitir su más fácil identificación.



V.1. Informes de reclamaciones de seguros.

1/2004.- Contratación sin consentimiento

La reclamación planteada tenía por objeto denunciar el cambio producido en un seguro de decesos, suscrito hacía más de 20 años, de una entidad aseguradora a otra sin constar el consentimiento del tomador. La aseguradora actual alegaba que efectivamente el reclamante era cliente desde hacía más de 4 años y que éste había abonado los recibos de prima correspondientes a su póliza, sin cuestionar su condición de asegurado, hasta el momento en que se había producido un aumento en el recibo de su seguro.

En el expediente de reclamación se adjuntaba una carta emitida en su día por la actual entidad donde se le daba la bienvenida al nuevo cliente y se le informaba del mantenimiento de sus garantías y derechos respecto a la anterior póliza.

De acuerdo con la legislación vigente⁽¹⁾ para que exista un contrato es necesario el consentimiento de los contratantes. La normativa pretende que exista una voluntad cierta en suscribirlo manifestando el conocimiento del contrato y de todas las condiciones generales con anterioridad a la perfección de éste. Como consecuencia de lo anterior el Servicio de Reclamaciones estimó que no existiendo ninguna operación de cesión de cartera entre las dos entidades implicadas y no constando el consentimiento del contratante, la entidad había realizado la contratación del seguro sin constar la voluntad y el consentimiento del tomador, incumpliendo los requisitos previstos en la Ley.

En el supuesto planteado, al no constar el consentimiento no existía contrato, por lo que la operación realizada tendría el efecto indudable de la nulidad. Esta nulidad afecta a todo el contrato de seguro, puesto que éste carece de un elemento esencial en el momento de su perfección, como es el consentimiento del tomador.

No obstante lo anterior, y en aplicación del artículo 62.1 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real

1).- El artículo 1 y 5 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Artículos 1254, 1261, 1262 del Código Civil.

Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre⁽²⁾ este Servicio consideró, en su función de velar por el mantenimiento del equilibrio contractual, que si bien se puede concluir que el contrato se suscribió sin consentimiento por parte del asegurado y esto llevaría aparejado una serie de efectos económicos, como son, para el asegurador la devolución de la prima correspondiente, también es cierto que la desaparición del seguro dejaría al asegurado expuesto al riesgo en caso de producirse un siniestro.

En consecuencia, para que la situación resulte equitativa para ambas partes podría superarse mediante acuerdo entre las mismas, pudiendo adoptar en su caso una solución diferente a la anteriormente expuesta.

2/2004.- La prestación asegurada y garantizada

Se han recibido diversos escritos en el Servicio de Reclamaciones que tenían por objeto reclamar la prestación garantizada en el certificado individual de un seguro. Los clientes suscribieron un seguro comercializado por una entidad de crédito donde en todos los casos se establecían unas prestaciones garantizadas que, a partir de una determinada fecha, se tenía el derecho a percibir en forma de renta o de capital.

La aseguradora alegaba que el seguro pertenecía a una póliza colectiva, donde se pactaba un tipo interés de carácter variable, constando en un apartado de las condiciones particulares dicha referencia al interés aplicable. Asimismo la entidad señalaba que las cantidades que aparecen en el certificado eran una proyección de capitales futuros calculada al tipo de interés vigente a la fecha de la firma del certificado.

En relación a dichas reclamaciones el Servicio consideró que el hecho de que en el certificado individual aparezca de forma palmaria la cuantía de la prestación a percibir por el asegurado, determinada en una tabla bajo la

²⁾.- El Artículo 62.1 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, dispone que el Ministerio de Economía y Hacienda protegerá la libertad de los asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual entre los contratos de seguros ya celebrados.

denominación "prestación garantizada" o "fondo acumulado garantizado", son circunstancias que llevan al asegurado a entender en buena lógica que la cuantía de la prestación "garantizada" que se obliga a satisfacer el asegurador, es la detallada en la tabla que se recoge en el respectivo certificado individual.

Asimismo, al pie del certificado individual se insertaba por parte de la entidad lo siguiente **"La compañía *** mediante este certificado individual, que junto con las condiciones generales constituye la presente póliza, GARANTIZA en base a las declaraciones contenidas en la solicitud suscrita, las prestaciones anteriormente detalladas."**

La existencia de una cláusula denominada "interés mínimo garantizado", si bien pudiera hacer llegar a pensar, a través de cierta interpretación en la aplicación de un interés variable, al contener la mención "mínimo garantizado" hace que también en buena lógica se considere que la prestación a abonar al vencimiento es la garantizada como prestación y fondo acumulado por aplicación de un interés y en el supuesto de que la entidad obtenga una rentabilidad superior, el asegurado podría recibir una prestación mayor.

Así, en aplicación del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y del artículo 10 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios, es necesario que las cláusulas, condiciones o estipulaciones que se apliquen en los contratos cumplan los requisitos de concreción, claridad y sencillez. Asimismo, el artículo 1288 del Código Civil, y el apartado dos del artículo 10 de la Ley 26/1984, establecen que en caso de duda sobre el sentido de una cláusula prevalecerá la interpretación más favorable para el consumidor. Así pues, la oscuridad creada en los contratos poniendo en relación la citada cláusula sobre el tipo de interés variable con la cláusula sobre prestaciones garantizadas y fondo acumulado garantizado, en ningún caso puede favorecer a quien ha redactado la misma, en este caso a la entidad aseguradora.

Por lo expuesto, se estimó que la entidad aseguradora ha incumplido lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, precepto que se considera infringido. En consecuencia, se informó que debe reputarse válida la prestación garantizada en el certificado individual, bajo la denominación fondo acumulado garantizado, siendo este importe el que la entidad debe abonar al asegurado a la fecha del vencimiento del contrato.

3/2004.- Retrasos en la reparación de los daños por la entidad aseguradora.

En diversas reclamaciones se apreciaron, teniendo en cuenta los hechos descritos por las partes y el tiempo transcurrido desde el siniestro, que había existido un manifiesto retraso por parte de la aseguradora en la reparación de los daños. El retraso podía venir motivado bien por una dilación en el envío de peritos o profesionales para realizar la subsanación de éstos o por una ejecución inadecuada para reparar el siniestro producido en un tiempo razonable, puesto que en ocasiones la reparación se demoró en más de 6 meses.

En aplicación del artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro³⁾, se consideró fundada la reclamación del interesado y se comunicó a la entidad que estaba afectada por el incumplimiento de una norma imperativa reguladora del contrato de seguro y, en concreto, del artículo 18 mencionado anteriormente.

Respecto a ello se recordó la obligatoriedad por parte de las entidades de proceder a aplicar lo previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone la aplicación de intereses de demora en caso de retraso en más de 3 meses del abono de la indemnización.

Asimismo en el informe final se comunicó a las partes que se tomaba debida cuenta del contenido de la misma a efectos del ejercicio de las potestades de vigilancia y control -singularmente a efectos de sanción administrativa- que competen al Ministerio de Economía y Hacienda.

4/2004.- Declaración inicial del riesgo en seguros de hogar

Durante el pasado año fueron varias las reclamaciones que giraron en torno a la declaración inicial del riesgo en el momento de la contratación.

³⁾- El artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, establece que el asegurador esta obligado a satisfacer la indemnización al termino de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

En el ámbito de los seguros de hogar puede citarse a modo de ejemplo el caso en el que el reclamante denunció el robo producido en su vivienda. La entidad manifestó que el asegurado subarrendaba habitaciones de su casa a través de un periódico, aportando como acreditación copia de escritos donde se reconoce por el interesado el cobro de cierta cantidad. Asimismo en la denuncia ante la policía declara que arrendaba habitaciones en la vivienda asegurada a terceras personas. Así la Compañía consideró que existía un agravamiento del riesgo contratado, por lo que indemnizó en una cuarta parte de la cuantía estipulada para este supuesto.

En relación con el subarriendo de la vivienda asegurada, el interesado en ningún momento de su reclamación ante este Centro Directivo mencionó que tuviera su vivienda subarrendada a otras personas con o sin contrato correspondiente, solo señalaba que el suceso se produjo por una sustracción ilegítima de las llaves, y que los bienes le fueron robados de su habitación.

En aplicación del artículo 11 y 12 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro⁽⁴⁾, se estimó que en el supuesto planteado la presencia en la vivienda de terceras personas, en régimen de alquiler, fuera o no habitual, podría considerarse efectivamente como uno de los supuestos previstos en el artículo 11 antes citado, al suponer un incremento del riesgo y por tanto unas condiciones más gravosas que las que se conocían en el momento de la celebración del contrato. En consecuencia, el Servicio de Reclamaciones consideró que sí le sería de aplicación lo previsto en el artículo anterior.

5/2004.- Declaración inicial del riesgo en seguros de personas

En una reclamación se suscitó el caso de un asegurado que había suscrito un seguro vinculado a un préstamo hipotecario, encontrándose con la falta de

4).- Artículo 11 establece que el tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Asimismo el artículo 12 prevé la forma de indemnizar en caso de que se haya producido el siniestro antes de efectuar la declaración de agravación del riesgo por el tomador, señalando que la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

pago de la prestación por parte de la aseguradora que alegaba que el reclamante no había declarado a la firma de la solicitud del seguro enfermedades padecidas con anterioridad.

La aseguradora manifestó que el interesado había suscrito el seguro meses antes contestando negativamente a todas las preguntas del cuestionario de salud. El siniestro comunicado consistía en que le había sido diagnosticada una invalidez absoluta y permanente. Al recabar la información necesaria se comprobó que casi 10 años antes el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) declaró al reclamante en situación de invalidez permanente en grado total para su profesión habitual. En el mismo año de suscribir el seguro, por resolución del mismo organismo, declararon al asegurado en situación de incapacidad permanente en grado absoluto, derivada de enfermedad común.

En el expediente se aportaba el cuestionario de salud al que fue sometido el asegurado al suscribir el seguro. Aparecen señaladas negativamente las preguntas relativas a cualquier padecimiento de enfermedad o limitación física o funcional. Asimismo se adjuntaba diversa documentación; como la resolución primera del INSS de 10 años antes, donde el asegurado fue declarado en situación de invalidez permanente en grado total para su profesión habitual; y resolución posterior del mismo organismo donde es declarado en situación de incapacidad permanente en grado absoluto.

En aplicación del artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro⁵⁾, el Servicio, en su informe, estimó correcta la actuación de la entidad aseguradora atendiendo al contenido del cuestionario y a la diversa documentación aportada en el expediente, puesto que a la vista de una resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social se consideraba suficientemente probado el conocimiento del asegurado de su limitación física al contratar el seguro.

El caso comentado es muy significativo por la evidencia de la documentación aportada, si bien es cierto, que en muchos otros supuestos, la

⁵⁾- El artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro⁵ establece el deber del tomador de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

En el párrafo final de ese mismo artículo se prevé la posibilidad de reducir la prestación en proporción a la prima pagada en caso de inexactitud en la declaración inicial del riesgo si se produce un siniestro. Así mismo dispone que si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro en la declaración inicial del riesgo quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

entidad no aporta ninguna documentación o la remitida no prueba la existencia de un posible conocimiento o una enfermedad anterior a la contratación. Ante esa carencia de pruebas no es posible que el asegurador quede liberado del pago ni reduzca proporcionalmente la indemnización. Por ello, en estos supuestos el Servicio considera que debe abonarle la prestación por la contingencia asegurada.

En relación con lo anterior, un aspecto importante analizado por el Servicio es la contratación realizada de este tipo de seguros ante la solicitud de un préstamo en una entidad de crédito. La suscripción del seguro normalmente se realiza como condicionante a la concesión de un préstamo y, en ocasiones, se han conocido casos en los que los cuestionarios de salud fueron cumplimentados por el propio personal de la entidad.

6/2004.- Conflicto mantenido entre las entidades aseguradoras que cubren la asistencia en carretera y las empresas que prestan estos servicios.

El conflicto mantenido durante el mes de agosto de 2004, entre las entidades aseguradoras que cubren la asistencia en carretera y las empresas que prestan estos servicios, aparece como otro de los asuntos más destacados del año.

Durante el año 2004 en el Servicio de Reclamaciones se recibieron un total de 58 escritos relacionados con este conflicto. La mayoría de expedientes se presentaron entre los meses de septiembre y octubre de forma continuada, habiéndose recibido posteriormente algunos de forma aislada.

Entre ellos, había un buen número que no pudieron ser admitidas como reclamaciones y que respondían a una carta tipo donde se solicitaba la devolución del duplo de la cantidad proporcional de la prima que había sido cobrada por la entidad aseguradora en concepto de asistencia en carretera por el periodo en que había sido suspendido el servicio, debido al conflicto.

Estas reclamaciones no se admitieron por el Servicio, por no acreditar los requisitos establecidos en el artículo 8 del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, para la admisión de una queja o

reclamación. En concreto, haber formulado previamente la reclamación ante la instancia previa creada por la entidad.

Respecto a la cuestión de fondo planteada se informó que el conflicto surgido entre las entidades aseguradoras que cubren el auxilio en carretera y las entidades cuya actividad consiste en la prestación de estos servicios es ajeno al contrato de seguro suscrito por los asegurados, por lo que el contrato no queda suspendido por el hecho de que exista un conflicto entre las partes citadas anteriormente, salvo que la entidad aseguradora hubiese comunicado expresamente esta circunstancia.

En consecuencia, conforme a la normativa reguladora del contrato de seguro, el asegurador únicamente está obligado al cumplimiento de la prestación en los casos en los que se produzca el siniestro objeto de cobertura en el contrato, sin que se hubiese producido este hecho en las situaciones a que se referían los escritos recibidos.

Sobre este mismo sentido, una consulta planteaba diversas cuestiones relacionadas con el conflicto. En concreto, se preguntó acerca de si las entidades aseguradoras se habían comprometido a indemnizar a sus clientes por todos los daños y perjuicios irrogados por la no prestación del servicio de asistencia y si se había previsto un protocolo de actuación en cuanto a la resolución de las peticiones de indemnización que los usuarios les dirijan.

En su contestación a esta consulta, el Servicio de Reclamaciones informó que, como principio general y con independencia de la existencia de un acuerdo, en los casos en los que se hubiese producido el siniestro cubierto por la póliza y no se hubiera procedido al cumplimiento de la prestación garantizada, las entidades aseguradoras están obligadas a indemnizar el importe de los daños que hubieran podido ocasionarse al asegurado, como consecuencia del incumplimiento del contrato de seguro.

Con relación a los mecanismos de resolución de conflictos previstos para este supuesto, se informó que son los comunes a cualquier conflicto que pudiera surgir entre tomadores, asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados con entidades aseguradoras, dándose detallada cuenta del procedimiento habilitado al respecto.

V.2. Informes de reclamaciones de planes y fondos de pensiones.

7/2004.- Percepción de la prestación por una fundación.

Una fundación reclamó el pago de una prestación de plan de pensiones cuyo beneficiario la designó como heredera única y universal a la misma.

El partícipe del plan de pensiones falleció, siendo declarada única y universal heredera la esposa del difunto partícipe. Esta no solicita la prestación correspondiente al plan, falleciendo un año después de su esposo, instituyendo como heredera universal de todos sus bienes a la fundación, constituida por la propia causante en la escritura de testamento.

La entidad gestora se niega a abonar los derechos consolidados a la fundación, alegando que el artículo 2.2 del Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones aprobado por real Decreto 1370/1988, de 30 de septiembre, entonces vigente, determinaba que los beneficiarios debían ser personas físicas.

El criterio emitido fue entender que el citado artículo no era aplicable a este supuesto, toda vez que el beneficiario del plan de pensiones fue una persona física, la esposa del partícipe, y esta decidió dejar todos sus bienes y derechos, entre los que se incluye los derechos no percibidos del plan de pensiones, a la fundación.

8/2004.- Orden de reducción de cuotas no atendida.

Se ha planteado el caso en que un partícipe ordena la reducción de las cuotas mensuales que aporta al Plan de Pensiones, sin que la entidad gestora atienda esta orden, reconociendo que recibió la misma, y provocando meses después un descubierto por agotamiento de los fondos en la cuenta corriente del partícipe por el cual la entidad bancaria reclama intereses.

Presentada reclamación ante la entidad, esta le propone emitir una tarjeta de crédito donde figure cargada la cuantía del descubierto y detraerle una cuantía mensual a modo de amortización. Posteriormente el reclamante movilizó

sus derechos consolidados totales a otra entidad gestora, entendiendo la entidad gestora que la reclamación tuvo como causa unos impagos a la tarjeta, estando fuera de la esfera competencial de la gestora.

El criterio de este Servicio fue que debía estimarse la reclamación, pues existió una orden de reducción de cuotas, y que la entidad, por determinados motivos no justificados, omitió su cumplimiento, siendo este hecho el desencadenante de una deuda en la cuenta corriente del reclamante que no se habría producido si la entidad hubiera atendido la orden recibida, recordando lo establecido en el artículo 22 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, sobre la responsabilidad de las entidades gestora y depositarias.

9/2004.- Información sobre la cuantía de los derechos económicos del beneficiario.

En este supuesto el origen de la reclamación fue la deficiente información recibida en cuanto al tipo de prestación que recibiría el beneficiario y la valoración de los derechos económicos.

La opción elegida fue cobrar una renta mensual de cuantía fija durante un periodo de 6 años. Sin embargo, 5 años después, la entidad cesa en el pago de la mensualidad. La entidad justifica su actuación alegando que era un plan cuyos derechos económicos, aún durante el cobro de la prestación y una vez producida la contingencia, continuaban invertidos en valores sometidos a las fluctuaciones de los mercados bursátiles, y dada la negativa evolución de los mismos, los derechos económicos del beneficiario se agotaron doce meses antes de la previsión inicial. El Defensor del Partícipe reconoció, sin embargo, que el escrito remitido al partícipe en el momento de producirse la contingencia, comunicando el derecho y los términos de la prestación que tenía derecho a recibir, eran, al menos, confusos. El texto decía: "*En relación a la cancelación de su plan de pensiones... en forma de renta mensual financiera por un periodo de 6 años, le comunicamos que el importe que va a recibir asciende a 24.074 Ptas. constantes. Dicha cantidad le será abonada mensualmente con efectos del último día del mes, hasta llegar a la última mensualidad en que se liquidará el resto de derechos consolidados en ese momento.*"

De hecho, la entidad gestora informó de la modificación actual de dichos términos para evitar futuras confusiones.

Se consideró en el informe final del Servicio que, desde un punto de vista técnico-financiero y en base a la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones, así como del contenido de las especificaciones del plan, la actuación realizada por la entidad gestora fue ajustada a derecho, pues los derechos consolidados en el momento de la jubilación, al optarse por la percepción de una renta, se verán sometidos durante el plazo del cobro de la prestación a las variaciones de las cotizaciones de los valores en los cuales los fondos se han invertido. Sin embargo, respecto al contenido de la información transmitida al beneficiario detallando la prestación que le correspondía, se consideró que se hizo vulnerando el derecho que como consumidor le asiste al partícipe y al beneficiario a recibir una información clara, veraz y suficiente. La información transmitida indujo objetivamente a pensar que la renta constante se mantendría mensualmente durante seis años. La falta de claridad respecto de las opciones de la prestación pudo inducir al partícipe a optar por un tipo de cobro de la prestación, que de haber conocido su funcionamiento real, no habría elegido, por lo que cabe concluir que la incorrecta información transmitida pudo haber causado determinados perjuicios económicos al partícipe.

10/2004.- Contratación por jubilado que ya había sido beneficiario de un Plan de Pensiones.

El reclamante se jubila en 1993 por cumplir la edad de 65 años, y en aquel momento recibe la prestación de un plan de pensiones que tenía contratado con la entidad gestora. Tres años después, en 1996, el director de la oficina bancaria que actuaba como entidad depositaria del primer plan de pensiones, le aconseja contratar un nuevo plan de pensiones como forma de inversión de su patrimonio disponible, a lo que el reclamante accede. Sin previo aviso, en el año 1.999, la entidad gestora cancela el citado plan de pensiones, explicando al partícipe que hubo un error, pues estando ya jubilado no procedía abrir un plan de pensiones. Dicho plan y diversas incidencias por cambios de domicilio, provocaron por parte de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria la apertura de expediente sancionador que concluyó con el pago por el reclamante de una multa superior a 2.500 euros.

La entidad gestora alega que la reclamación se centra en la deficiente información de las repercusiones fiscales del rescate del plan de pensiones, centrandó sus alegaciones en el recordatorio de la diversa legislación que califica las prestaciones de un plan de pensiones como renta y su integración en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Sin embargo no justifica los motivos por los que se abrió un plan de pensiones a una persona de 68 años que ya había tenido tres años atrás otro plan de pensiones en la misma entidad, por el que ya había recibido la prestación correspondiente a la jubilación. Tampoco menciona la cancelación unilateral del plan alegando un error en su apertura ni, por último, justifica la falta de respuesta a la reclamación por parte del defensor del partícipe.

El contenido del informe final fue estimar que las entidades depositaria y gestora cometieron el error de aconsejar la contratación y ejecutar la misma, de un plan de pensiones a una persona ya pensionista, con una edad de 68 años y que además ya había tenido y recibido la prestación de otro plan de pensiones con la misma entidad. Ambas entidades de forma unilateral decidieron la cancelación del plan de pensiones de la reclamante tres años después de su apertura, sin previa comunicación ni asesoramiento sobre lo ocurrido y las posibles opciones para minimizar los efectos adversos para el partícipe, ignorando los derechos que como partícipe y titular de una parte del patrimonio del fondo de pensiones le correspondían. Concluyendo que las entidades depositaria y gestora no cumplieron su obligación de prestar un asesoramiento claro, veraz y profesional, decidiendo unilateralmente sin consulta ni consentimiento de la reclamante la cancelación del plan de pensiones, incumpliendo igualmente su obligación de atender y resolver las quejas de sus clientes y provocando el desencadenamiento de unos efectos fiscales adversos para la reclamante, que han supuesto un considerable perjuicio económico en su patrimonio.

11/2004.- Movilización de derechos consolidados sin conocimiento ni consentimiento del partícipe.

El reclamante realizó una consulta verbal con el interventor de la sucursal de su banco sobre la rentabilidad que podría obtener si traspasaba los derechos consolidados de otro plan de pensiones de otra entidad gestora a la entidad del banco, facilitándole copia de los datos del plan de la otra entidad. Un mes después de esta consulta recibe en su domicilio un documento de la entidad gestora de su banco, informándole que han recibido la transferencia

correspondiente al traspaso de sus derechos consolidados del plan de pensiones, cuando el reclamante no había solicitado dicho traspaso. El Defensor del Cliente no responde a la reclamación del partícipe. La entidad no presenta alegaciones ante la puesta de manifiesto del expediente.

El criterio de este Centro Directivo fue que las entidades gestora y depositaria transgredieron con su actuación las normas reguladoras de la actividad de planes y fondos de pensiones, de defensa de los consumidores y usuarios, de protección de la clientela y de buenas prácticas y usos financieros, dañando los intereses y derechos del partícipe al haber realizado una movilización de los derechos consolidados de este sin su autorización ni conocimiento, según exige el artículo 20 del Real Decreto 1307/1988, de 30 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, vigente en el momento de producirse los hechos motivo de la reclamación.

El irregular hecho generador de la reclamación presentada, fue conocido por el departamento de atención al cliente de la entidad gestora, el cual, no solo no ejecutó las acciones necesarias para su rectificación inmediata, sino que además no contestó a la reclamación. La entidad no ha contestado a la solicitud de alegaciones realizada por el órgano de control ante la puesta de manifiesto del expediente, admitiendo de esta forma la veracidad de los hechos denunciados, que no han sido rebatidos.

12/2004.- Jubilado por la propia entidad con la que contrata un plan de pensiones.

El reclamante era trabajador jubilado de un banco desde 1996. Acudiendo en diciembre de 1999 a buscar asesoramiento sobre la mejor forma de invertir sus ahorros, el personal que le atiende, en la misma sucursal donde había trabajado, le aconseja adherirse a un plan de pensiones, a pesar de su situación de jubilado. Destaca el reclamante que era conocido en la sucursal, pues desde que se jubiló había acudido a asesorar a los directores de la misma en determinadas operaciones, por lo que resultaba obvio que su situación de jubilado era conocida. Destaca igualmente el reclamante que en la solicitud de adhesión al plan, el empleado en el apartado de profesión utiliza la clave correspondiente a "*trabajadores que no pueden ser clasificados según la ocupación*" y sin embargo

meses después en el resguardo de una aportación extraordinaria, en el mismo apartado figura la clave correspondiente a "*pensionista*".

El Defensor de la Clientela del banco centra su respuesta en la falta de pruebas respecto de la falta de claridad, veracidad y precisión de la información recibida y la existencia de documentos firmados por el reclamante solicitando la adhesión al plan de pensiones. Por su parte, la entidad gestora declara escuetamente que no tiene constancia de que la adhesión del reclamante se haya realizado erróneamente, de forma que se pueda acreditar la existencia de un negligente asesoramiento por parte de la entidad.

El informe emitido consideró que las entidades depositaria y gestora cometieron el error de aconsejar la contratación de un plan de pensiones y efectuarla, a una persona ya pensionista, con una edad de 63 años y que además había sido trabajador de la propia entidad donde solicitó asesoramiento para invertir sus ahorros, dato que permite deducir objetivamente el perfecto conocimiento de su situación laboral, junto con la dudosa clasificación de su actividad profesional plasmada en la solicitud de adhesión aportada por el reclamante. Concluyendo en consecuencia, que las entidades depositaria y gestora han incumplido su obligación de prestar un asesoramiento veraz, claro y profesional, en función de las características personales del cliente, y la normativa de transparencia y protección de la clientela, así como la de las buenas prácticas y usos financieros, aconsejando la contratación de un producto financiero que, en base a la normativa ya en vigor en el momento de producirse la contratación del plan de pensiones, impedía la disponibilidad de los fondos invertidos al participe, existiendo un evidente vicio de error en el consentimiento del reclamante al contratar el plan de pensiones, por tratarse de un producto financiero que no cumplía una de las principales condiciones que motivaban su contratación para el cliente, la disponibilidad de las inversiones realizadas.

VI. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES

Uno de los objetivos previstos por el Servicio de Reclamaciones durante el año 2004 fue la publicación de los criterios que sirven de base a la resolución de los expedientes. La finalidad que se pretende con su publicación es doble; por un lado, es una actividad dentro del conjunto de actuaciones divulgativas que realiza el Servicio con la intención de facilitar el conocimiento por los usuarios de servicios financieros de la normativa de seguros; y por otro, tiene como objetivo dar a conocer al mercado y dotar de una mayor transparencia a la actividad desarrollada por la unidad encargada de la tramitación de reclamaciones del órgano supervisor.

La finalidad es conseguir un reforzamiento en la protección de los clientes de servicios financieros en el ámbito de seguros y planes de pensiones, que puede beneficiar a todos si con ello se consigue un aumento de la claridad y confianza que en dicho sector tienen que tener todos los sujetos intervinientes. El esfuerzo y la labor es y debe ser de todos, no solo de los usuarios, si no también de las instituciones de defensa de consumidores que participan muy activamente en el mercado, de las propias entidades financieras y como no, del órgano administrativo de supervisión. La publicación de estos criterios, es un paso más en esa idea de transparencia en la actividad supervisora y de unión de fuerzas para la consecución de un fin común.

En febrero de 2005 se publicaron en la pagina web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones los primeros criterios del Servicio. Por su trascendencia y favorable acogida en el sector se ha creído conveniente hacer mención de ello en este apartado del informe.

En la página web de la Dirección General se publica en el epígrafe del Servicio de Reclamaciones la información que se considera de interés. Por un lado un apartado denominado *procedimiento para la presentación de quejas y reclamaciones* y por otro el de *criterios del Servicio de Reclamaciones*.

Default - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

← Atrás → → Búsqueda Favoritos Multimedia

Dirección <http://www.dgsfp.mineco.es/DGSFP/Servicio+de+Reclamaciones/> Ir Vínculos >>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

Bienvenidos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones


Regístrese
Usuario Entrar
Contraseña Nuevo usuario

Directorio Preguntas frecuentes Enlaces Mapa del sitio

Buscar

DGSFP > Servicio de Reclamaciones >

SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES



- Procedimiento para la presentación de quejas y reclamaciones

- **Criterios del Servicio de Reclamaciones**

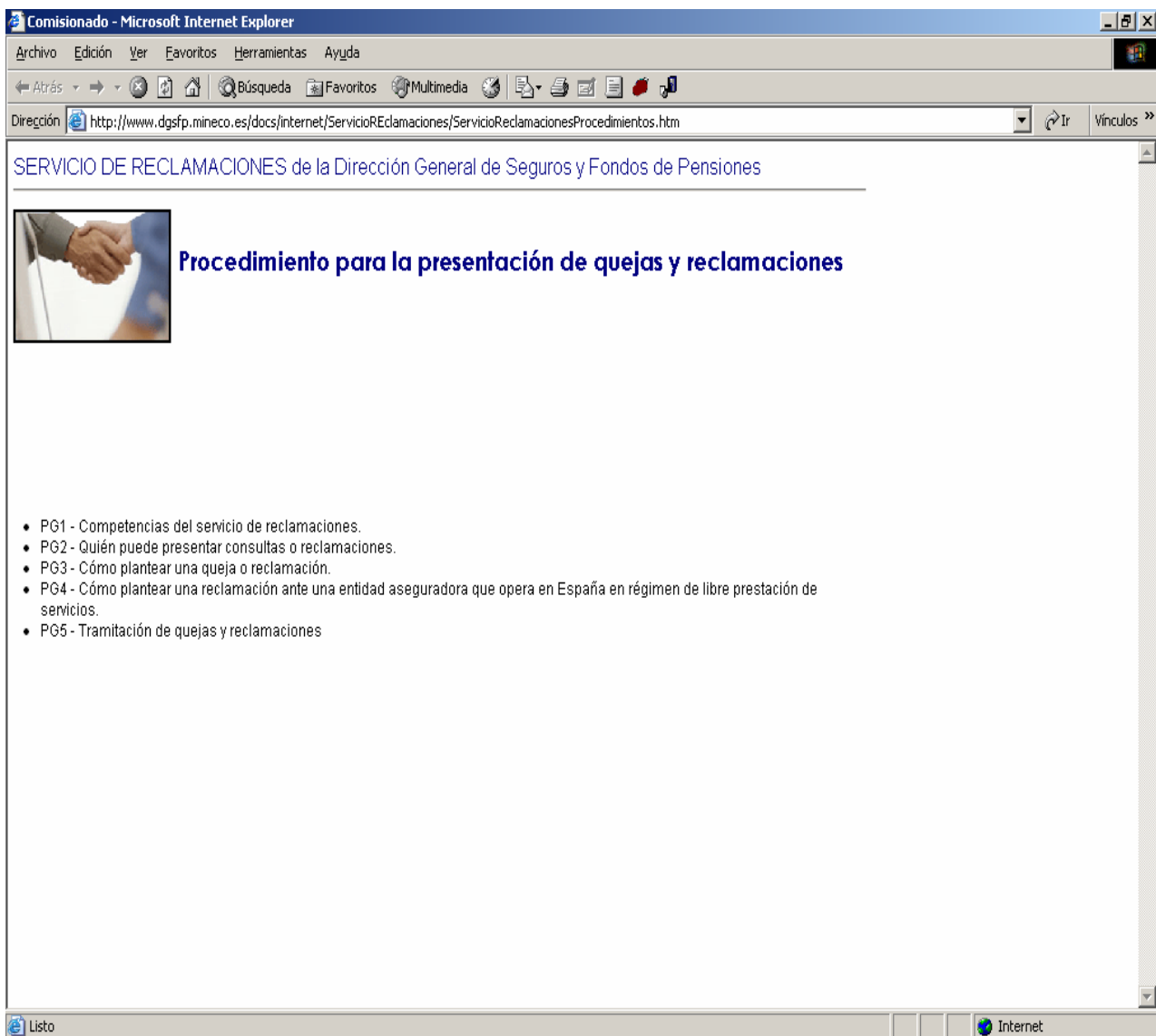
Se informa que los criterios expuestos a continuación se emiten por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la resolución de sus informes, sin que tengan carácter vinculante ni la consideración de acto administrativo y, en consecuencia, contra ellos no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

- Cuestiones generales sobre el contrato de seguro
- Seguro obligatorio de automóviles
- Seguro de decesos
- Seguros obligatorios diversos

DGSFP, 2003

Internet

En el primero de ellos se suministra información sobre las competencias del servicio, personas legitimadas para presentar una consulta o reclamación, requisitos y un resumen de las distintas fases del procedimiento de tramitación de reclamaciones.




Comisionado - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Dirección <http://www.dgsfp.mineco.es/docs/internet/ServicioReclamaciones/ServicioReclamacionesProcedimientos.htm>

SERVICIO DE RECLAMACIONES de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones



Procedimiento para la presentación de quejas y reclamaciones

- PG1 - Competencias del servicio de reclamaciones.
- PG2 - Quién puede presentar consultas o reclamaciones.
- PG3 - Cómo plantear una queja o reclamación.
- PG4 - Cómo plantear una reclamación ante una entidad aseguradora que opera en España en régimen de libre prestación de servicios.
- PG5 - Tramitación de quejas y reclamaciones

Listo Internet

En el segundo apartado es donde se publican los criterios. Estos son los emitidos por el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP en la resolución de sus informes, sin que tengan carácter vinculante ni la consideración de acto administrativo y, en consecuencia, contra ellos no cabe recurso alguno.

La publicación de los criterios se realizó clasificándolos por materias distinguiéndose criterios en relación a: cuestiones generales sobre el contrato de seguro; seguro obligatorio de automóviles; seguro de decesos; y seguros obligatorios diversos. Dentro de cada uno de ellos se insertan varios criterios atendiendo a la materia concreta.

-Criterios del Servicio de Reclamaciones

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

- Cuestiones generales sobre el contrato de seguro
- Seguro obligatorio de automóviles
- Seguro de decesos
- Seguros obligatorios diversos

VII. NOVEDADES NORMATIVAS

Este apartado pretende analizar dos normas que de forma directa inciden en la actividad desarrollada por el Servicio de Reclamaciones.

Resulta de especial trascendencia comentar la incidencia e implicación que ha tenido para el sector asegurador la entrada en vigor de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos de atención al cliente y el defensor del cliente de entidades financieras. Por ello se inserta en este informe anual un resumen de las principales modificaciones que la nueva legislación ha supuesto en el ámbito de la protección de los clientes de servicios financieros, y donde se refleja el grado de cumplimiento por el sector de la nueva normativa.

En relación a los planes y fondos de pensiones merece de especial mención la publicación del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones. Respecto a este último, a lo largo de este apartado se realiza un análisis sobre la incidencia que la norma de planes de pensiones tiene en la protección del participante desde el mismo momento de la contratación hasta el cobro final de la prestación al producirse la contingencia cubierta.

VII.1. Seguros: reglamentos de los departamentos de atención al cliente de las entidades aseguradoras

1. Introducción.

La publicación de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos de atención al cliente y el defensor del cliente de entidades financieras, supuso la concreción de las medidas de protección de los clientes de entidades financieras que habían sido introducidas por la Ley 44/2002, de 22 de

noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero. En esta ley se establecía la obligación para las entidades financieras de atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes pudieran presentar relacionadas con sus intereses legalmente reconocidos. En concreto, en el ámbito asegurador establecía la obligación para las entidades de seguros de disponer de un departamento de atención al cliente que fuera capaz de canalizar y resolver las quejas y reclamaciones.

La Ley 44/2002 también creó unos nuevos órganos de defensa de los consumidores, los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros. Estos se rigen por el Reglamento aprobado por Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, donde se establece que tendrán por misión la protección de los derechos de los usuarios de servicios financieros siendo competentes para atender las quejas o reclamaciones que se les formulen en el ámbito de sus competencias.

2. Evolución de la protección al asegurado.

Hasta la nueva regulación sobre protección de los clientes de servicios financieros, la normativa atribuía directamente a la DGSFP la resolución de las reclamaciones y consultas que se producían en relación con los contratos de seguro y los fondos de pensiones, función atribuida, en concreto, por el artículo 62.2 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

En esta ley se establecía también la obligación para las entidades aseguradoras de disponer de alguno de los siguientes mecanismos de protección de los clientes:

- Un departamento de atención al cliente o defensor del asegurado que atendiera las reclamaciones planteadas por los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de cualquiera de los anteriores. Esta última figura de protección debía contar con los requisitos establecidos en el artículo 63 de la Ley 30/1995.

- Si no se disponía de ninguno de los dos mecanismos anteriores las reclamaciones deberían ser resueltas por los departamentos centrales de la compañía.

En cualquiera de los casos anteriores se disponía de un plazo de seis meses para responder, trascurrido el cual el reclamante podía acudir a la DGSFP y plantear su pretensión.

Con respecto a esta situación anterior, el principal cambio introducido por la nueva normativa se produce por la obligatoriedad de contar con un departamento de atención al cliente que deberá adecuarse a lo previsto en la Orden ECO/734/2004, pudiendo potestativamente nombrar un defensor del cliente que cumpla con los requisitos establecidos en la norma. Esta obligación afecta también ahora a las sociedades de correduría de seguros y a las entidades gestoras de fondos de pensiones. Además se reduce el plazo máximo de resolución de seis a dos meses.

3. Características de los departamentos de atención al cliente.

Todas las entidades a las que se refiere el artículo 2.1 de la Orden deberán contar con un departamento o servicio de atención al cliente, que sea capaz de atender y resolver las quejas y reclamaciones que presenten sus clientes. Entre estas entidades y dentro del ámbito de competencia de la DGSFP se encuentran las entidades aseguradoras, las sociedades de correduría de seguros y las entidades gestoras de fondos de pensiones con las especialidades señaladas en la disposición adicional primera de la Orden.

Las entidades que formen parte de un mismo grupo financiero podrán nombrar un único departamento o servicio para todo el grupo.

Para salvaguardar los intereses de los usuarios de servicios financieros que tuvieran quejas o reclamaciones contra una determinada entidad, se exige que el titular del departamento de atención al cliente cumpla con los criterios de honorabilidad comercial y profesional que se establecen en el artículo 5 de la Orden; igualmente, y por la misma razón el departamento deberá estar separado de los restantes servicios comerciales u operativos de la organización de manera que se garantice su independencia en relación con la resolución de las quejas y reclamaciones planteadas.

El procedimiento interno de resolución de las quejas y reclamaciones deberá contenerse de manera concreta en un reglamento que cada entidad tiene obligación de aprobar y presentar para su verificación ante la DGSFP. Este procedimiento se encuentra desarrollado para el Defensor del cliente en el

capítulo III de la Orden, y será de aplicación para los departamentos de atención al cliente si así es solicitado por los reclamantes. En este capítulo III se regulan las formas de presentación de quejas y reclamaciones, se detallan las causas de inadmisión, las formas de finalización, y se concreta la manera de relacionarse de los departamentos de atención al cliente con los servicios de reclamaciones.

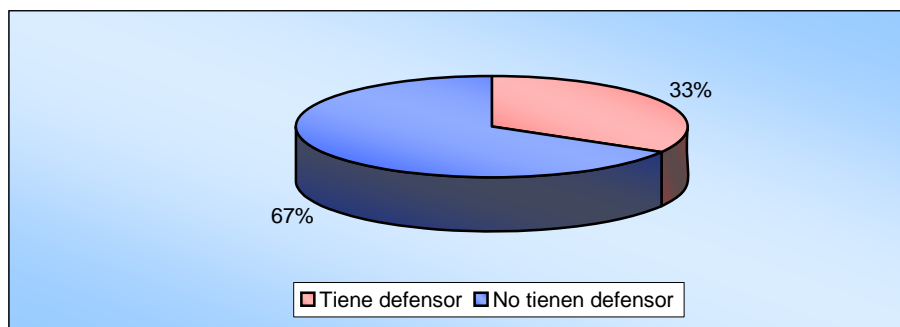
Será también obligación del departamento de atención al cliente la elaboración de una memoria en la que se hará un resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, así como de sus decisiones en relación con ellas, y los criterios que se han seguido por parte de las compañías.

4. Defensor del cliente.

Las entidades cuentan con la posibilidad de nombrar un defensor del cliente que según dispone la Ley 44/2002 en su artículo 29 habrá de ser una entidad o experto independiente de reconocido prestigio y a quien corresponderá resolver las quejas y reclamaciones que se sometan a su decisión en el marco de su reglamento de funcionamiento.

De las entidades que han remitido a la DGSFP el reglamento para su verificación 91 han optado por disponer de defensor del cliente, aparte del departamento de atención al cliente de carácter obligatorio, lo que supone el 33% del total. En general, se trata de una figura que es acogida especialmente por las grandes compañías, mientras que el resto optan únicamente por los mecanismos de defensa de los clientes que por ley son obligatorios.

ENTIDADES CON DEFENSOR DEL CLIENTE



5. Reglamentos para la defensa del cliente.

5.1. Regulación y análisis de su contenido.

La Orden ECO/734/2004 se publicó el 24 de marzo entrando en vigor a los cuatro meses de su publicación; por lo que desde el día 24 de julio de 2004 las entidades deben contar con un departamento de atención al cliente que realice las funciones atribuidas por la Orden y, deben haber aprobado un reglamento de defensa del cliente con los requerimientos establecidos en la norma que sería presentado ante la DGSFP para su verificación. La DGSFP dispone de un plazo de tres meses desde la presentación de los citados reglamentos para verificar el cumplimiento de la normativa aplicable.

Una vez presentado el reglamento en la DGSFP se procede a su análisis para verificar que cumple con los requisitos mínimos establecidos en el artículo 8 de la Orden y, con respecto al resto de su contenido, que se adecua al espíritu de protección a los consumidores como finalidad de la normativa, respetando en todo caso las particularidades que cada una de las entidades ha querido dar a la regulación de su departamento interno.

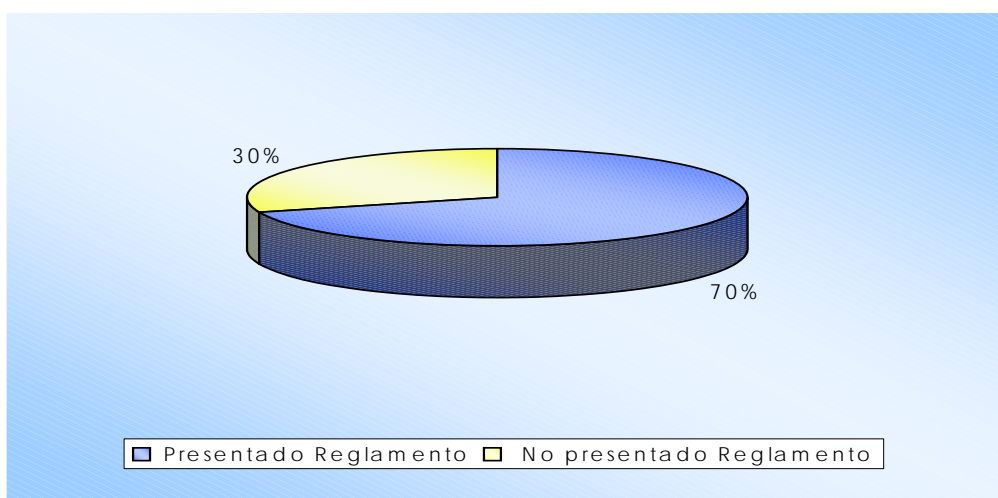
Analizado el conjunto de reglamentos remitidos por las entidades, se pueden distinguir tres grupos atendiendo a su diferente grado de cumplimiento:

- Reglamentos que se adaptan a lo establecido en la Orden, en cuyo caso se procede a su archivo para constancia y consulta cuando sea necesario.
- Reglamentos que aún cumpliendo con el contenido mínimo que le asigna la Orden contienen determinados aspectos o incurren en imprecisiones que no se ajustan al espíritu general de la Orden; en este caso se han comunicado tales circunstancias a las compañías y se les ha solicitado que modifiquen determinadas cláusulas de los reglamentos.
- Reglamentos que contienen una regulación contraria a lo establecido en la Orden o resultan incompletos en su redacción; en este caso se comunican a las entidades los aspectos concretos del reglamento que constituyen un incumplimiento de la Orden y se les insta para que en el plazo más breve posible subsanen los errores apreciados.

5.2. Datos relevantes.

Hasta el mes de diciembre de 2004, 277 entidades aseguradoras habían presentado su reglamento para verificación, lo que representa el 70% de las entidades inscritas en el registro administrativo de la DGSFP. De éstas, 232 compañías (un 85%) lo hicieron en el plazo establecido para ello, esto es, antes del 24 de julio. Esto evidencia que el cumplimiento de la Orden en cuanto a la remisión de reglamentos ha sido alto. Durante los quince días siguientes al vencimiento de plazo se recibieron 27 reglamentos más. El resto se han seguido recibiendo hasta el mes de noviembre, tratándose por lo general de compañías de tamaño pequeño, con alguna excepción.

ENTIDADES QUE HAN PRESENTADO REGLAMENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2004.

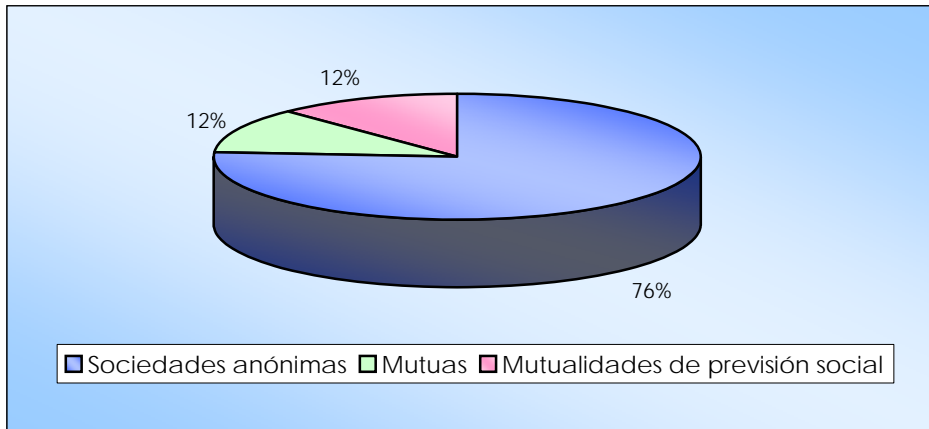


Con respecto a la forma jurídica de las entidades que han presentado reglamento, se aprecia que del total, y sin tener en cuenta las sucursales de entidades extranjeras en España, 191 son sociedades anónimas, 29 mutuas, y 31 mutualidades de previsión social.

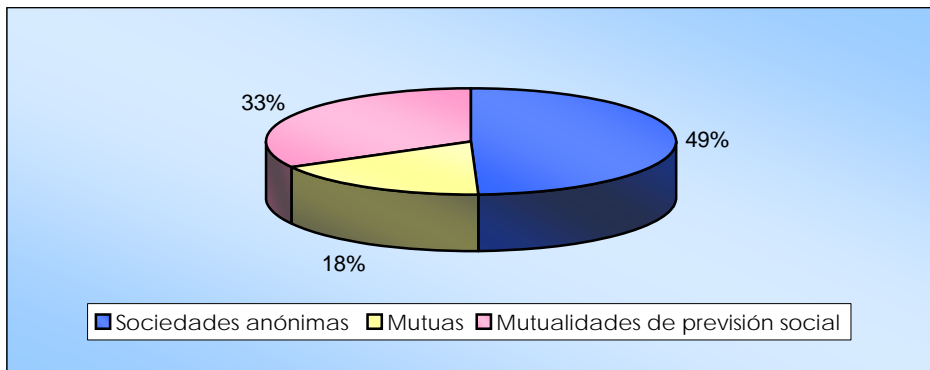
Había 115 entidades registradas que no habían presentado reglamento alguno a 31 de diciembre de 2004. A estas entidades se les requirió para que cumplan con esta obligación, y se comprobará la existencia efectiva y en

funcionamiento de un departamento de atención al cliente con los requisitos establecidos en la Orden.

FORMA JURÍDICA DE LAS ENTIDADES QUE HAN PRESENTADO REGLAMENTO.



FORMA JURÍDICA DE ENTIDADES SIN REGLAMENTO.



De los reglamentos recibidos sólo los correspondientes a 22 entidades cumplieron plenamente con todos los requisitos de la Orden. En los demás casos se les remitió un informe en el que se ponían de manifiesto las observaciones de mejora o los incumplimientos que se apreciaban en la aplicación de la Orden.

5.3. Principales problemas detectados en los reglamentos.

A continuación se detallan cuáles han sido las causas más frecuentes de incumplimiento de lo dispuesto en la Orden por parte de las entidades en la elaboración de su reglamento:

- Establecimiento de un plazo superior a dos meses para resolver: algunas entidades han continuado estableciendo un plazo de seis meses para resolver las quejas y reclamaciones que se les planteen, como se permitía en la anterior regulación.
- Falta de determinación de la duración del cargo del titular del departamento de atención al cliente o del defensor del asegurado: en muchos casos se establecía como posibilidad de cese cuando así lo decidiera el Consejo de Administración, circunstancia ésta que menoscaba el nivel de independencia exigido en la Orden al titular del departamento. En estos casos tampoco se suelen detallar las causas de incompatibilidad e inelegibilidad del titular, circunstancias exigidas por la Orden como contenido mínimo del reglamento.
- En algunas entidades que han nombrado defensor del cliente no se establece una relación clara y precisa de cuáles son las competencias de uno y otro o si es posible acudir ante ambos en un procedimiento de doble instancia.
- Se establece un plazo de presentación de quejas y reclamaciones inferior al mínimo de dos años desde que se tuvo conocimiento del hecho causante de la reclamación, que es el establecido en la Orden.
- Restricción de los asuntos a conocer por el departamento de atención al cliente atendiendo a su naturaleza o cuantía. Existen algunas entidades que rechazan reclamaciones que superen una determinada cantidad o que versen sobre determinados ramos, sin que ninguna de estas dos circunstancias quepan en el texto de la norma, ya que la obligación de atender y resolver las quejas y reclamaciones abarca a todas las formuladas por sus clientes con las únicas excepciones expresamente previstas en la normativa reguladora de la protección de los clientes de servicios financieros.

- Falta de concreción de los trámites mínimos seguidos por la entidad para la resolución de las reclamaciones.

En otros reglamentos no se ha apreciado un incumplimiento en sentido estricto del contenido mínimo al que obliga la ley, pero sí se han hecho observaciones para mejorar y aclarar sus cláusulas, favoreciendo de esta manera la protección de los clientes, que es la finalidad perseguida por la Orden. Entre las principales observaciones realizadas se encuentran las siguientes:

- Inadmisión por el departamento de atención al cliente de los seguros por grandes riesgos: aunque las reclamaciones sobre grandes riesgos no puedan ser planteadas ante el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP, el departamento de atención al cliente de la entidad tiene la obligación de atenderlas y resolverlas.
- Omisión de referencia a la admisión de las reclamaciones planteadas por los terceros perjudicados, o los derechohabientes de cualquiera de los usuarios de servicios financieros.
- Necesidad de adaptar sus sistemas para dar la posibilidad a los usuarios de servicios financieros de presentar quejas y reclamaciones por vía telemática. En estos casos se insta a las entidades a que habiliten una dirección de correo electrónico para este fin, conforme a lo establecido en la Orden.
- Falta de coordinación entre los departamentos internos de la entidad para la resolución de las quejas y reclamaciones.
- Obligación de reiterar la reclamación ante distintas instancias de la entidad, en contra de lo establecido en la Orden.
- Falta de concreción de los trámites seguidos por las compañías en caso de inadmisión de quejas y reclamaciones.
- No inclusión de las posibilidades de desistimiento y allanamiento.
- Falta de adaptación de las formas de notificación de la decisión adoptada a lo establecido en la Orden.

Hay que destacar el caso de un grupo de trece entidades que han presentado como titular del departamento de atención al cliente a una misma persona. Se trata de entidades de pequeña dimensión que actúan en el ramo de asistencia sanitaria y que según lo expuesto por ellas no cuentan con los medios suficientes para el establecimiento de un departamento de atención al cliente con las características establecidas por la Orden. Revisada la documentación, se les comunicó la falta de idoneidad del titular colectivo de los departamentos de atención al cliente, pues en el caso de las entidades aseguradoras si bien se permite la exteriorización del servicio, ésta debe producirse con carácter exclusivo para una sola entidad; no se pueden acumular en una misma entidad o persona física las funciones de departamento de atención al cliente de varias entidades aseguradoras porque podría dar lugar a un conflicto de interés, que está expresamente señalado como causa de inadecuación para el desempeño de las funciones de titular del departamento o servicio de atención al cliente. Por el contrario, en el caso del defensor del cliente, la normativa sí permite que pueda realizar su labor para varias entidades.

Además de la verificación de los reglamentos, se han realizado informes a petición del Banco de España y de la Comisión Nacional del Mercado de Valores y de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas sobre la idoneidad de los reglamentos de determinados grupos financieros en los que aparece una entidad aseguradora, una sociedad de correturía o una entidad gestora de fondos de pensiones, pero que han optado por establecer un departamento de atención al cliente para todo el grupo financiero, conforme a lo permitido en la Orden, no estando la entidad dominante bajo la supervisión de la DGSFP, en cuyo caso no le corresponden a este Centro las competencias de verificación, sino de informe en su área de competencia.

6. Conclusiones.

Con carácter general, puede concluirse que el grado de cumplimiento de la norma ha sido elevado en lo que a entidades grandes se refiere. Sin embargo, en el caso de las compañías pequeñas se ha puesto de manifiesto la dificultad, por una lado, en la elaboración de reglamentos adecuados, y por otro, en el funcionamiento efectivo de los departamentos de atención al cliente.

En la actualidad se está procediendo al análisis de las contestaciones a los escritos enviados a las entidades en los que se ponían de manifiesto las observaciones o incorrecciones encontradas en los reglamentos, verificándose las respuestas a las cuestiones formuladas.

VII.2. Planes de Pensiones: Reglamento de desarrollo del texto refundido de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones

1. Introducción.

Otra de las novedades legislativas del pasado año fue la publicación en febrero de 2004 de un nuevo Reglamento que desarrolla el texto refundido de la ley de planes y fondos de pensiones.

En este apartado se analiza la incidencia que el contenido de este nuevo texto supone en la protección de los partícipes y que sirve de base en la resolución de los expedientes de reclamación sobre planes y fondos de pensiones.

En el transcurso de la vida jurídica de un plan de pensiones encontramos tres momentos básicos, el de su contratación, su desarrollo y su finalización, bien se produzca esta última por la ocurrencia de una contingencia prevista en el plan de pensiones o bien por la decisión del partícipe de movilizar los derechos consolidados a otro plan de pensiones. En cada uno de esos momentos el reglamento prevé derechos que deben ser respetados por las entidades participantes y obligaciones especiales para estas.

2. Contratación del plan de pensiones.

La necesidad de una información previa de las principales características del plan de pensiones queda recogida en el artículo 48 del Reglamento, al establecer que, la entidad financiera promotora del plan de pensiones, directamente o a través de la entidad gestora o depositaria del fondo de pensiones en el que esté integrado el plan individual, deberá informar de una

forma adecuada, con carácter previo a la contratación, a los partícipes, sobre las principales características del plan de pensiones y las coberturas que para cada partícipe puede otorgar en función de sus circunstancias laborales y personales.

En ese momento inicial el partícipe debe conocer la existencia del defensor del partícipe del plan de pensiones, sus funciones y datos de contacto, así como los gastos que serán cargados al partícipe en calidad de comisiones de gestión y depósito. El límite máximo de estas comisiones también queda establecido en el artículo 84 del reglamento.

La entidad deberá entregar en el momento de la contratación e incorporación del partícipe al plan de pensiones individual, el boletín o documento de adhesión, que deberá ser firmado conjuntamente por el partícipe, el promotor, y los representantes con poder para ello de la entidad gestora y depositaria. El contenido mínimo del **boletín de adhesión** al plan queda recogido en el artículo 101.

Con motivo de la adhesión se hará entrega al partícipe que lo solicite de un certificado de pertenencia al plan y de la aportación inicial realizada.

Con relación a la declaración de la política de inversión, su contenido se referirá, al menos, a cuestiones tales como los métodos de medición de los riesgos inherentes a las inversiones y los procesos de gestión del control de dichos riesgos, así como la colocación estratégica de activos con respecto a la naturaleza y duración de sus compromisos, y deberá ser revisada cuando se produzcan cambios significativos en ella y, en todo caso, como consecuencia de las modificaciones que deban realizarse en función de las conclusiones de la revisión financiero actuarial.

Las **Especificaciones del plan de pensiones** son el documento fundamental en el que se definen las relaciones entre el partícipe y beneficiarios con el promotor y las entidades gestoras y depositarias. Deben incluir los derechos y obligaciones de las partes contratantes en cada momento de la vida del plan de pensiones

Entre los aspectos fundamentales que debe recoger las Especificaciones del plan de pensiones podemos destacar:

- Definición de las prestaciones y normas para determinar su cuantía, con indicación de si las prestaciones son o no revalorizables y, en su caso, la forma de revalorización. Asimismo se precisarán, en su caso, los criterios y regímenes de diferenciación de aportaciones y prestaciones.
- Igualmente, se especificará si existen o se prevén prestaciones total o parcialmente aseguradas o garantizadas, con indicación, en este último caso, del grado de aseguramiento o garantía.
- Derechos y obligaciones de los partícipes y beneficiarios, contingencias cubiertas, así como, en su caso, la edad y circunstancias que generan el derecho a las prestaciones, forma y condiciones de éstas.
- Las especificaciones deberán prever la documentación que debe recibir el partícipe en el momento de la adhesión al plan y la información periódica que recibirá conforme a lo previsto en este reglamento.
- Causas y circunstancias que faculten a los partícipes a modificar o suspender sus aportaciones y sus derechos y obligaciones en cada caso.
- Normas relativas a las altas y bajas de los partícipes y, en particular, movilidad de los derechos consolidados. Asimismo, deberán prever el procedimiento de transferencia de los derechos consolidados correspondientes al partícipe y, en su caso, de los derechos económicos correspondientes al beneficiario que, por cambio de colectivo laboral o de otra índole, altere su adscripción a un plan de pensiones, de acuerdo con lo previsto en este reglamento.
- Requisitos para la modificación del plan y procedimientos que deben seguirse para la adopción de acuerdos al respecto.

3. Desarrollo del plan de pensiones.

Durante el tiempo que discurre entre la contratación del plan de pensiones y su terminación, tanto se produzca esta con una determinada entidad gestora como consecuencia de la movilización de los derechos consolidados a otra entidad gestora, o bien de forma definitiva como consecuencia de la producción de alguno de las contingencias generadoras del nacimiento del derecho a recibir

la prestación del plan de pensiones, el principal derecho que le asiste al partícipe es la recepción de una información puntual y rigurosa sobre la evolución del valor de sus derechos consolidados, sobre cualquier operación que modifique la cuantía de sus participaciones en el fondo en el que se encuentran invertidos los mismos, y sobre cambios que puedan afectar a las especificaciones del plan de pensiones o a la política de inversión de los derechos consolidados.

Los derechos económicos derivados de las aportaciones de los partícipes y del régimen financiero actuarial de capitalización que aplique el correspondiente plan de pensiones, son los derechos consolidados de un partícipe. Estos podrán movilizarse a otro u otros planes de pensiones en los términos y condiciones establecidas en el reglamento para cada modalidad de plan.

Con periodicidad anual, y sin perjuicio de lo dispuesto en el reglamento sobre obligaciones de información, la entidad gestora del fondo de pensiones en el que el plan se encuentre integrado remitirá a cada partícipe certificación sobre las aportaciones, directas o imputadas, realizadas en cada año natural y el valor, al final del año natural, de sus derechos consolidados. En el supuesto de que el partícipe haya sobrepasado las aportaciones anuales máximas que en cada momento le permita la legislación en vigor, deberá indicar la cuantía de los excesos de aportación advertidos y el deber de comunicar el medio para el abono de la devolución.

Con periodicidad trimestral, las entidades gestoras deberán facilitar a los partícipes y beneficiarios, información sobre la evolución y situación de sus derechos económicos en el plan, así como extremos que pudieran afectarles, especialmente las modificaciones normativas, cambios de las especificaciones del plan, de las normas de funcionamiento del fondo o de su política de inversiones, y de las comisiones de gestión y depósito.

La información trimestral contendrá un estado-resumen de la evolución y situación de los activos del fondo, los costes y la rentabilidad obtenida. Asimismo, deberá ponerse a disposición de partícipes y beneficiarios, en los términos establecidos en las especificaciones del plan de pensiones, la totalidad de los gastos del fondo de pensiones, en la parte que sean imputables al plan, expresados en porcentaje sobre la cuenta de posición.

Las especificaciones de los planes de pensiones del sistema individual podrán modificarse por acuerdo del promotor, previa comunicación por éste o

por la entidad gestora o depositaria correspondiente, con al menos un mes de antelación, a los partícipes y beneficiarios.

4. Finalización del plan de pensiones

Como quedó apuntado, existen dos modos de finalización para un plan de pensiones, el primero sería por movilización a otro plan de los derechos consolidados y el segundo por el acaecimiento de alguna de las contingencias que hacen nacer el derecho para el partícipe a percibir la prestación prevista en el plan de pensiones. Veamos los principales derechos y obligaciones que afectan al partícipe y al beneficiario en cada uno de estos supuestos

A. Por movilización de los derechos consolidados.

En cualquier momento al partícipe le asiste el derecho a solicitar la movilización de sus derechos consolidados, total o parcialmente, a otra entidad gestora, tanto por decisión unilateral como por terminación del plan. En el supuesto de que ya se hubiera producido la contingencia y el beneficiario estuviera percibiendo los derechos económicos correspondientes, este también podrá solicitar la movilización de los derechos que resten en el plan de pensiones siempre y cuando las condiciones de garantía y aseguramiento de la prestación así lo permitan y en las condiciones previstas en las especificaciones de los planes de pensiones correspondientes. Esta movilización podrá ser total o parcial, y en ningún caso modificará la modalidad y condiciones de cobro de la totalidad de las prestaciones iniciales.

Cuando decida proceder a la movilización, deberá previamente tener contratado y ser partícipe del plan de pensiones hacia el que se dirige la movilización.

El traspaso de los derechos consolidados entre planes adscritos a distintos fondos deberá realizarse necesariamente mediante transferencia bancaria directa, ordenada por la sociedad gestora del fondo de origen a su depositario, desde la cuenta del fondo de origen a la cuenta del fondo de destino.

El artículo 50 del reglamento detalla los pasos a seguir en caso de la movilización de los derechos consolidados.

En primer lugar, el partícipe debe dirigirse para solicitar el traspaso a la sociedad gestora del plan de pensiones de destino, acompañando a su solicitud la identificación del plan y fondo de pensiones desde el que se realizará la movilización, así como el importe a movilizar. La solicitud incorporará una comunicación dirigida a la sociedad gestora del fondo de pensiones de origen para ordenar el traspaso que incluya una autorización del partícipe a la entidad gestora de destino para que en su nombre, pueda solicitar a la sociedad gestora del fondo de origen la movilización de los derechos consolidados, así como toda la información financiera y fiscal necesaria para realizarlo.

La entidad gestora de destino, además de comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos reglamentariamente para la movilización de tales derechos, deberá dar traslado de la solicitud a la sociedad gestora del fondo de origen, con indicación, al menos, del plan y fondo de pensiones de destino, el depositario de éste y los datos de la cuenta del fondo de pensiones de destino a la que debe efectuarse la transferencia.

La gestora del fondo de origen deberá ordenar la transferencia bancaria y remitir a la gestora del fondo de destino toda la información financiera y fiscal necesaria para el traspaso. **El plazo máximo para proceder a esta movilización será de siete días hábiles**, a contar desde que la entidad gestora de destino disponga de la totalidad de la documentación necesaria, hasta que la entidad gestora de origen ordene la oportuna transferencia. En el supuesto de que la orden de movilización tenga como origen y destino distintos planes de una misma entidad gestora, el plazo máximo para ejecutar la orden es de **dos días hábiles** desde la presentación de la solicitud.

El mismo procedimiento descrito se aplicará a la movilización de derechos económicos solicitada por el beneficiario, entendiéndose realizadas a los beneficiarios y sus derechos económicos, las referencias hechas a los partícipes y sus derechos consolidados.

La entidad gestora no podrá cargar al partícipe o beneficiario gastos o penalizaciones sobre los derechos consolidados o económicos sobre los que solicita la movilización.

B. Por producción de alguna de las contingencias previstas.

Producida y comunicada la contingencia, el beneficiario del plan de pensiones individual tiene derecho a recibir información apropiada sobre la prestación y sus posibles reversiones, sobre las opciones de cobro correspondientes y en su caso, respecto del grado de garantía o del riesgo por cuenta del beneficiario.

Se le hará entrega al beneficiario del certificado de seguro o garantía de su prestación, emitido por la entidad correspondiente, si el plan fuese de este tipo.

El beneficiario del plan de pensiones o su representante legal, conforme a lo previsto en las especificaciones del plan, deberá comunicar el acaecimiento de la contingencia, señalando la forma elegida para el cobro de la prestación, y presentar la documentación acreditativa que proceda según lo previsto en las especificaciones aprobadas en cada plan de pensiones.

El plazo que determine las especificaciones no podrá ser superior a los seis meses previstos en el reglamento, contados desde que se hubiera producido la contingencia o desde su reconocimiento por la autoridad u organismo correspondiente. El retraso en la comunicación del acaecimiento de la contingencia por parte del beneficiario por encima del plazo previsto en la norma no conlleva la pérdida del derecho a la prestación, pero sí puede dar lugar a una sanción administrativa prevista en la ley por dicho retraso.

En el caso de fallecimiento, el plazo se contará desde que el beneficiario o su representante legal tuviesen conocimiento del fallecimiento del causante y de su designación como beneficiario, o desde que pueda acreditar su condición por disposición testamentaria u otros medios.

El reconocimiento del derecho a la prestación deberá ser notificado al beneficiario mediante escrito firmado por la entidad gestora, **dentro del plazo máximo de 15 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.

Si se tratase de un capital inmediato, deberá ser abonado al beneficiario dentro del **plazo máximo de siete días hábiles** desde que éste presentase la documentación correspondiente.

El beneficiario de una prestación diferida o en curso de pago podrá solicitar, como máximo una vez en cada ejercicio, la anticipación de vencimientos y cuantías inicialmente previstos, siempre que las especificaciones del plan lo admitan y con los requisitos allí previstos, y en la medida que lo permitan las condiciones de garantía de las prestaciones.

5. El defensor del partícipe y de los beneficiarios.

El artículo 49 desarrolla la figura del Defensor del Partícipe y de los Beneficiarios, establecida por el texto refundido de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones. Dicho artículo obliga a las entidades promotoras de los planes individuales a designar un Defensor del Partícipe y del Beneficiario, como consecuencia de la desaparición para este tipo de planes de las Comisiones de Control, órgano en el que tenían representación mayoritaria los partícipes y cuyas funciones han sido asumidas por la entidad promotora del plan.

Las entidades promotoras están obligadas a designar como defensor del partícipe a entidades o expertos independientes de reconocido prestigio, a cuya decisión se someterán las reclamaciones que formulen los partícipes y beneficiarios o sus derechohabientes contra las entidades gestoras o depositarias de los fondos de pensiones en que estén integrados los planes o contra las propias entidades promotoras de los planes individuales. La decisión del Defensor **será vinculante para la entidad reclamada**, y el plazo máximo de resolución es de dos meses. Los gastos que generen su funcionamiento deberán ser asumidos por la entidad promotora, no pudiendo repercutirse a los partícipes en ningún caso.

6. Publicidad de las Gestoras y de los Planes y Fondos de Pensiones.

Por último, dentro de este apartado referido al reglamento, el mismo regula la publicidad sobre los planes y los fondos de pensiones en su artículo 100.

En primer lugar destaca el sometimiento de toda publicidad relativa a los planes y fondos de pensiones y a sus entidades gestoras, a los principios generales

que toda publicidad debe respetar y que se recogen en la **Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad** y disposiciones de desarrollo.

Incluye una concepción amplia de la publicidad, entendida como toda forma de comunicación por la que se ofrezcan planes de pensiones o se divulgue información sobre éstos, cualquiera que sea el medio o soporte utilizado para ello, incluidas las circulares, llamadas y cartas personalizadas que formen parte de una campaña de difusión.

Define como debe ser el contenido de la misma, al exigir que transmita a sus destinatarios una información veraz, eficaz y suficiente sobre las características esenciales del plan de pensiones o de los servicios o productos relacionados con él, debiendo cumplir los siguientes requisitos mínimos:

a) Identificar la entidad promotora del plan y la gestora y depositaria del fondo correspondiente de forma suficiente, mediante nombres comerciales o marcas, salvo que éstas puedan inducir a confusión, en cuyo caso se empleará la denominación social.

b) En el caso de que la publicidad de un plan de pensiones comprenda la oferta de otras operaciones, servicios o productos, su contenido deberá identificar a los distintos entes que ofertan y distinguir claramente las propuestas contractuales diferentes del propio plan de pensiones.

c) Cuando la publicidad incluya referencias a la rentabilidad obtenida por el plan, deberá hacerse constar el período de obtención, su equivalente calculado sobre una base anual, la identificación del auditor del fondo de pensiones y, en su caso, clarificar el carácter estimatorio e informar de manera clara y precisa que resultados históricos no son indicadores de resultados futuros. La oferta de compromisos de revalorización de los derechos consolidados, no asumidos por el propio plan, deberá identificar claramente a la entidad garante o aseguradora que lo respalda.

La publicidad de los planes y fondos de pensiones no requiere ser previamente a su divulgación conocida y autorizada por el órgano de supervisión, pero sí deberá estar en todo momento a su disposición.