

## 36

### **El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado** Perspectiva de un Operador de Banca Seguros

**Máster en Dirección de Entidades  
Aseguradoras y Financieras**



# 36

## **El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado** Perspectiva de un Operador de Banca Seguros

Estudio realizado por: Luisa García Martínez  
Tutor: Josep Quijada Rodríguez

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades  
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2006/2007

Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios está dirigida y editada por el Dr. José Luis Pérez Torres, profesor titular de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

# Presentación

## IN CLARIS NON FIT INTERPRETATIO

(Ante la claridad no cabe interpretación)

El trabajo que se presenta a continuación tiene su origen en la idea de que las empresas de seguros disponen de una característica especial que las distingue del resto, existe una responsabilidad social en nuestra actividad. En base a este principio, el profesional del sector asegurador debe saber transmitir a sus clientes esta realidad, el espíritu de protección de la ley 50/1980 del contrato de seguros (en adelante LCS) y de escuchar su voz desde los diferentes sistemas de defensa del asegurado, esto es lo que realmente marcará la diferencia de las entidades aseguradoras del sector en un futuro inmediato y el germen del desarrollo de esta tesis.

Es notorio que en los últimos años hemos podido comprobar cómo la legislación se renueva rápidamente en este sentido, se espera en breve una reforma de la LCS, se ha modificado el reglamento del Consorcio de Compensación de Seguros, se prevé el nombramiento de nuevos comisionados para la defensa del asegurado de los servicios financieros, la jurisprudencia, y, cómo no, el alud de informaciones en prensa donde se incluye como tema de interés social, la calidad en el servicio como imperativo para el buen funcionamiento de una Entidad Aseguradora.

El objetivo del presente trabajo, por tanto, es abundar en la idea de que un producto intangible se basa en la confianza de las partes. Esta confianza se vuelve una pieza fundamental del engranaje del mercado asegurador y es por este motivo por el que la esencia y el éxito de la compañía aseguradora del futuro está marcada necesariamente por la aproximación real al asegurado; también por el diálogo con el mediador así como con las diferentes empresas de servicios. Es aquí, donde radica la verdadera sostenibilidad del sector, circunstancias que avalan, según considero, el interés del presente trabajo.

El contenido de la información que recojo se fundamenta principalmente en el estudio y conocimiento de la LCS, en el seguimiento continuado de las diferentes noticias aparecidas en prensa desde el inicio del Master y en la recopilación de Memorias del defensor del asegurado de varias compañías aseguradoras de primer nivel que han aceptado de buen grado facilitar datos de gran interés, exigiendo como único requisito la discreción sobre la fuente.

Veamos pues dónde está el carácter tuitivo de la LCS y cómo nos habla el cliente a través de los diversos medios de defensa que tiene a su disposición, esperando contribuir humildemente, en el necesario calado de los principios de calidad que propongo.

Es mi deseo dedicar el presente trabajo a mi padre, que me adentró en el mundo del seguro hace ahora 20 años, a él le debo, entre tantas otras cosas, mi profesión. En su memoria.



## Resumen

La actividad aseguradora dispone de una característica especial que la distingue del resto,; existe una responsabilidad social y de protección en su actividad. El espíritu de la regulación jurídica del seguro tiene su germen en esta idea, hecho que consideramos de suma importancia remarcar en el presente trabajo, para ello analizaremos algunos de los artículos más controvertidos de la Ley 50/1980 del contrato de seguros, así como estudiaremos la voz del asegurado desde el análisis e interpretación de los diferentes sistemas de defensa que tiene éste a su disposición. Veremos que la confianza del asegurado en la compra de un producto intangible es fundamental y una de las mayores bazas en la esencia y éxito de las compañías aseguradoras del futuro.

## Resum

L'activitat asseguradora diposa d'una característica especial que la distingeix de la resta, existeix una responsabilitat social i de protecció en la seva activitat. L'esperit de la regulació jurídica de l'assegurança té la seva llavor en aquesta idea, fet que considerem de suma importància remarcar en el present treball, peri això analitzarem alguns dels articles més controvertits de la Llei 50/1980 del Contracte d'assegurança. Així mateix estudiarem detingudament la veu de l'assegurat des de l'anàlisi i interpretació dels diferents sistemes de defensa que té aquest a la seva disposició. Veurem que la confiança de l'assegurat en la compra d'un producte intangible és fonamental i una de les majors forces en l'essència i èxit de les companyies asseguradores del futur.

## Summary

The activity insurance has a principal characteristic yhat makes it be distinguished from the rest, there is a social and protective resposnability in its activity.What regulations try to do is, show that the insurance has its origin in this idea, and we considerer that this fact should really be pointed nowadays at work.For that, we are going to examine some of the most problematic article of the law 50/1980 of the insurance contract.At the same time we will also study the insured's voice from the examination of the different types of defence systems that the insured has. Insured's trust in buying a intangible product is fundamental and one of grated adventatges for the future of asurance companies success.



# Índice

1. Significado histórico de la LCS en el derecho de seguro español.....	9
1.1 Próxima modificación de la LCS cumplidos 25 años de su aprobación.....	9
2. Carácter tuitivo de la LCS en España, Función de amparo y defensa del asegurado.....	13
2.1. Art. 3 LCS, Cláusulas, delimitativas, limitativas y lesivas.....	13
2.2. Art. 20 LCS .....	17
2.3. Art. 38 y 39 LCS.....	19
2.4. Legislación aplicable en materia de protección al asegurado.....	21
3. Procedimiento general para la presentación de quejas y reclamaciones de los usuarios de seguros.....	23
4. Análisis de los diferentes organismos de defensa del asegurado.....	27
4.1 El Mediador y el Operador de Banca Seguros.....	27
4.2 Áreas de Atención al cliente de las entidades aseguradoras (EE AA).....	29
4.3 Defensor del asegurado de las entidades aseguradoras .....	41
4.4 Servicio de reclamaciones de la DGSFP .....	46
4.5 Comisionado para la defensa del asegurado de los servicios financieros.....	57
4.6 Sistemas Arbitrales y oficinas de consumo.....	59
5. Capítulo de conclusiones.....	61
6. Bibliografía .....	63





# **El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado**

## **Perspectiva de un Operador de Banca Seguros**

### **1. Significado histórico de la LCS en el derecho español de seguro**

Antes de iniciar en detalle el concepto de protección del asegurado que inspira nuestra LCS, es menester hacer una breve aproximación al significado e importancia histórica de la aparición de esta Ley en la evolución del derecho de seguro español.

En nuestro país, al igual que en el resto del mundo occidental, desde el último tercio del siglo XIX se empieza a asentar el seguro como Sociedad privada de relevancia. La rápida evolución de las nuevas realidades sociales van generando de forma hasta entonces nunca conocida en estos tiempos, los diferentes riesgos se multiplican, el parque de automóviles se desarrolla rápidamente, y la economía crece aumentando su complejidad, ; los estados, desde su brazo jurídico, empezaran a regular de manera novedosa la realidad aseguradora cada vez más compleja. En nuestro país, la regulación del contrato de seguro se inicia con la Ley de 14 de mayo de 1908 que estrena la ordenación del seguro privado, habiendo estado hasta entonces contenida en el Código de comercio en el Código Civil. Esta ley de principio del siglo pasado, fue fundamental durante casi 50 años, pero se tornó restrictiva para el desarrollo empresarial del sector en el momento en el que este empezó a desarrollarse, tornándose, a mediados del siglo XX, anacrónica e insuficiente para las necesidades reales del entorno.

Se hace necesario un sistema de garantía para el sector asegurador que implique mayor capacidad competitiva y de desarrollo del mercado de seguros, manteniendo la concepción de control de solvencia.

Es ya en 1980 cuando se aprueba la norma reguladora básica, la Ley 50/80 de 8 de Octubre de la que hasta hoy disponemos. Es importante señalar que en el entorno europeo, esta norma se sitúa como norma de vanguardia. Esta ley se complementará en 1984 con la Ley 33/1984 de 2 de agosto, sobre ordenación del seguro privado.

El nuevo sistema de garantía favoreció el asentamiento y transparencia del sector asegurador, transparencia que afianzó la confianza en el sector y ayudó al arranque de la actividad aseguradora.

Posteriormente a estas leyes, fueron sumándose nuevas normas reguladoras complementarias a la LCS como lo fueron el seguro de automóvil, el seguro marítimo o, ya en 1954, hace más de 50 años, la ley de 16 de Diciembre.

Nacería también el Consorcio de compensación del seguro, entidad pública empresarial que debemos mentar aquí como paradigma de la voluntad del estado de profundizar en la filosofía de solidaridad en la que está basada el seguro.

Ante toda esta evolución que sufre la normativización del sector asegurador en algo más de un siglo, vemos que se mantienen unos motivos fundamentales, que estimulan la creación de una norma específica reguladora de la actividad y que además, en el momento de hacerse efectiva, sigue apareciendo en su exposición de motivos. Esta es, *la misión tutelar a favor de asegurados y beneficiarios; la razón fundamental que promueve el intervencionismo del estado y la aparición de la LCS que es la voluntad de proteger al asegurado y los intereses económicos que la actividad aseguradora trata de garantizar.*<sup>1</sup>

Vemos pues que desde el inicio de la regulación del seguro español, el espíritu de protección está intacto, pudiendo considerar que se impone el principio de buena fe que debe regir todo contrato, es velado en nuestro país desde la primera norma rectora del seguro, hecho al que no debemos restar importancia. : **La misión tutelar se inicia.**

## 1.1 Próxima modificación de la LCS, cumplidos 25 años de su aprobación

No debemos pasar por alto, aún siendo brevemente, la modificación a la LCS que se prevé se inicie este año 2007. Hemos podido seguir en prensa durante los últimos meses cómo se aborda el tema tímidamente pero con toda la expectación que conlleva una modificación a todas luces esperada en el sector.

En el capítulo anterior, hemos visto cómo se fue gestando la necesidad de una LCS, hasta su nacimiento en 1980. Como suele suceder en el marco jurídico de nuestra sociedad, y por qué no decirlo, de las que nos circundan, la realidad social siempre precede a la aprobación real de la norma. En el caso de la modificación de la LCS, vuelve a acontecer de igual manera. El sector pide desde hace años una adaptación de la LCS a la realidad del sector, basada en la experiencia en la aplicación del texto de la Ley y de lo cambiante del mercado, como no puede ser de otra manera.

Anteriormente, de forma tímida pero no por ello menos importante, el texto de la LCS sufrió algunas modificaciones y adaptaciones a directivas europeas como la Ley 21/1990 de 19 de Diciembre, que introdujo la pérdida de monopolio de la cobertura de riesgos extraordinarios por el consorcio de compensación de seguros o las introducidas por la ley 30/1995 de ordenación y supervisión de seguros privados (LOSSP), que modificó 9 artículos de la LCS, ; como por ejemplo el art. 20 LCS sobre los intereses de mora del asegurados (artículo todavía altamente controvertido , como es conocido).

---

<sup>1</sup> Antonio Guardiola Lozano "El servicio de la sociedad, permanente razón de ser del seguro privado"

En el momento de escribir estas líneas, Ricardo lozano, Director general de Seguros y Fondo de pensiones (DGSFP) anuncia en fecha 6 de Junio , que la nueva ley de Contrato de Seguros iniciará su tramitación administrativa en Julio del presente año, cuando se reúna por primera vez la junta consultiva para analizar cuales son los aspectos susceptibles de modificación.

### 1.1.1 Posibles modificaciones de la LCS que afectan directamente a la filosofía general de protección de los asegurados

Basándonos en palabras de Ricardo lozano, director general de la DGSFP, la LCS antecedió en cuatro años a la ley 26/1984 de 19 de Julio, Ley para la defensa de consumidores y usuarios, en este hecho se basa la necesidad de actualización de algunos preceptos contenidos en la LCS, además debemos tener en cuenta que la ley que nos ocupa antecedió en cuatro años a la Ley General para la Defensa de los Consumidores (Ley 26/1984, de 19 de Julio) y en casi dieciocho a la ley sobre Condiciones Generales de la Contratación (Ley 7/1998 de 13 de Abril) de la que queda excluido el Contrato de Seguro. Si tenemos también en cuenta la realidad jurisprudencial, entenderemos las grandes expectativas generadas en el sector sobre la tan esperada modificación.

Algunas de las posibles modificaciones de la LCS que se prevén son las recogidas en el siguiente cuadro:

Secciones susceptibles de ser modificadas	Contenido a revisar
Cuestiones generales que afectan a todo el texto:	Simplificación y actualización de todo el texto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación a las nuevas tecnologías</li> </ul>
Título primero, parte general de la Ley:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con la Legislación general de protección a los consumidores.</li> <li>• Art. 3 Sobre las cláusulas de los condicionados lesivas, limitativas...)</li> <li>• Art. 20 Sobre la mora del asegurador.</li> </ul>
Títulos segundo y tercero, parte especial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación de los ramos tratados</li> <li>• Art. 75 Seguros obligatorios</li> <li>• Seguros de Vida, adecuación a la realidad del mercado.</li> </ul>

**Cuadro 1. Modificaciones previstas para la LCS**

Vemos pues que las modificaciones esenciales que se prevén siguen el precepto de mejorar el texto original, simplificando y actualizando conceptos y términos jurídicos, clarificando los artículos que han comportado más discusión en la interpretación e introduciendo novedades como las que haya podido introducir leyes tan innovadoras como la nueva Ley de mediación de Julio de 2006. Así mismo, en el siguiente capítulo se entrará en el detalle de los artículos que mayor controversia han comportado en el momento de su

aplicación por parte de las compañías, y también en la interpretación por parte de los jueces de algunos de ellos, como pueden ser los artículos 3 y 20 , en los que entraremos con detalle en el siguiente capítulo.

También, y como no puede ser de otra manera, la ley se ampliará incluyendo los ramos que no están recogidos en el texto actual, como los seguros de asistencia y decesos, así como la cobertura de dependencia.

Para finalizar, en cuanto a los seguros de vida, se prevé la regulación de aspectos referentes a los seguros colectivos y de las nuevas figuras de seguro de vida que se dan en la práctica del mercado.

Para la reforma de la ley, la dirección general de seguros partirá, no sólo de su experiencia de ordenación del mercado, sino que dejará participar a diferentes instituciones relacionadas con la actividad aseguradora formando una junta consultiva,; además de escuchar la voz del cliente que les llega desde su servicio de reclamaciones. Hecho que en definitiva implica que el asegurado también participará, de alguna manera, en la elaboración del nuevo proyecto.

Una vez finalizado este proceso, las bases de la reforma se remitirán al Ministerio de Justicia para seguir su curso legal hasta su definitiva aprobación.

Estamos pues ante un momento crucial para el sector asegurador, después de 25 años de vida, la LCS, aunque ley vanguardista en su momento, será revisada y adecuada a la realidad del mercado. Esperemos que esta revisión haga desaparecer todas las carencias que han comportado complejidades para la aplicación de la norma en el momento de la verdad: la tramitación del siniestro.

## 2. Carácter tuitivo de la LCS en España, función de amparo y defensa del asegurado

El carácter tuitivo de la LCS se recoge formalmente en la Exposición de motivos de la misma, se observa como una de las funciones principales de esta ley es el carácter de protección de los intereses de los asegurados y beneficiarios amparados por el seguro, no sólo es necesario el control administrativo de las entidades aseguradoras, sino también la regulación de medidas específicas de tutela, entre las que destaca la protección de los asegurados; adoptándose incluso medidas sancionadoras en los supuestos que los asegurados y los beneficiarios comunicaran a la DGSFP prácticas de las aseguradoras contrarias a la ley o que afectasen a sus derechos.

Este espíritu se conserva hoy en día, aún más maduro si cabe, con las nuevas normas que han ido apareciendo en estos últimos años, así como con la paulatina adaptación legislativa a las directivas europeas relacionadas con los derechos del consumidor (véase la directiva 93/13/CEE de 1993 sobre cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores). La ley 30/95, de 8 de noviembre de Ordenación y supervisión de los seguros privados se rige por este mismo espíritu.

Seleccionaremos para su análisis 3 de los artículos que la componen, considerando éstos como suficientemente representativos del carácter tuitivo de la ley, artículos éstos, además, susceptibles de ser considerados como los que más debate y controversia siguen generando en el sector en el momento de su aplicación o interpretación:

- Art. 3 LCS
- Art.20 LCS
- Art.38 LCS

### 2.1 Artículo 3 de la LCS

Dice así:

*Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactaran de forma clara y precisa. Se destacaran de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito. (...)*

Como es sabido, las condiciones generales de un contrato de seguro son innegociables, la entidad aseguradora las redacta de forma unilateral, dando un contenido de carácter *abstracto* y, lógicamente, basado en el texto de la LCS,

ya que una redacción contraria a lo dispuesto por ésta norma comportaría la inmediata nulidad del mismo.

Es en las condiciones particulares donde se permiten pactos especiales que adecuen el seguro que se desea contratar a las necesidades y requerimientos del futuro asegurado, y es aquí, por tanto, donde necesariamente, debe imperar con más fuerza lo establecido en el artículo 3 de la LCS.

El artículo 3 impone la obligatoriedad de que todas estén redactadas con concreción, claridad y sencillez en la redacción, no debiendo tener carácter lesivo para los asegurados.

Esta obligatoriedad que se impone, coincide con lo que también exige el artículo 1288 del código Civil y el artículo 10.2 de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios, que establecen que la interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no deberá favorecer a la parte que hubiese ocasionado oscuridad. En consecuencia, en caso de duda sobre el sentido de una cláusula tendrá que prevalecer la interpretación más favorable para el consumidor.

*La oscuridad en la redacción de una cláusula no debe beneficiar a la parte que la ha ocasionado art. 1288 de CC.*

Tenemos pues, que la LCS no dispone de ningún artículo que nos hable de la interpretación de las cláusulas del contrato de seguro pero sí quiere facilitar ésta a la parte contratante más débil, obligando a elaborar una redacción clara.

Entremos pues en detalle:

### 2.1.1 Cláusulas delimitativas, limitativas y lesivas

Creemos necesario profundizar en los diferentes tipos de cláusulas que contiene un contrato de seguro para poder tener una visión clara de lo que nos quiere decir la ley en este artículo 3.

#### **Cláusulas delimitativas:**

Como es sobradamente conocido, el contrato de seguro establece que el asegurador se obliga a indemnizar al asegurado siempre dentro de los límites pactados (Art. 11 LCS); .La delimitación del riesgo por tanto es fundamental y a la vez también es la base del cálculo de la prima.

En consecuencia son cláusulas delimitativas aquellas que concretan el riesgo asegurado y por ende, las que configuran y describen cual es el objeto del seguro y las garantías que quedan cubiertas y excluidas en el contrato suscrito. Vemos, pues, que las cláusulas delimitativas no restringen los derechos del asegurado ya que las garantías no amparadas por el contrato no pueden generar nunca ningún derecho para el asegurado, ese derecho no llega a nacer.

## **Cláusulas Limitativas:**

Distintas son las cláusulas limitativas, ya que estas son las que restringen las garantías que sí tiene amparadas el asegurado (comúnmente, en el sector, las cláusulas limitativas se vienen a llamar *exclusiones*), restringiéndolas o modificándolas, por tanto es aquí donde realmente incide el art. 3 para dotar al asegurado de una mayor protección.

Las cláusulas limitativas se destacaran de modo especial, deberán destacar, por tipografía especial que resalte o por su ubicación en apartados especiales.

Deberán ser específicamente aceptadas por escrito, bien en la propia póliza en las que se contienen las condiciones particulares y generales, bien en otro documento. En ambos casos, el tomador, no sólo deberá firmar o suscribir la póliza, sino que también deberá constar una mención expresa a dichas limitaciones, indicando que reconoce haber leído y acepta expresamente con su firma las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en el contrato suscrito.

La redacción debe ser clara y precisa.

## **Cláusulas lesivas**

En cuanto a la prohibición del carácter lesivo, citaremos al profesor Fernando Sánchez Calero (...) *“lo más razonable es entender el carácter lesivo de la condición general (y particular) en el sentido de cláusula perjudicial o dañosa para el asegurado por ser “desproporcionada” o “injusta”, aún cuando no vulnere ningún precepto de derecho imperativo”* como lo es la LCS.

Por tanto no deberemos confundir una cláusula Limitativa con una cláusula lesiva, ya que conceptualmente son dos tipos de cláusulas absolutamente diferentes, la primera, necesaria para la correcta determinación de la indemnización según el contrato suscrito entre las partes, la segunda, tal y como indica su nombre, nula a todos los efectos por ser contraria a la Ley, concretamente al artículo tercero que ahora estamos analizando.

Estudiemos algunas condiciones generales y particulares de entidades aseguradoras de primer nivel del mercado español... ¿se está cumpliendo el Art. 3 de la LCS? Veamos algunos ejemplos ya que lamentablemente aún estamos lejos de haber conseguido la normalización en la aplicación de los preceptos normativos que debieran inspirar cualquier contrato de seguros:

---

*Póliza Multirriesgo comercio:*

*Art. 6 Garantía de valor de nuevo*

- 1. Se conviene la ampliación de las garantías de la póliza a la diferencia existente entre el valor de reposición a nuevo (...) en consecuencia, en caso de siniestro de los bienes, salvo lo previsto en las*



*exclusiones, serán valorados sobre la base de su valor a nuevo, es decir, prescindiendo de su depreciación por antigüedad.*

Hasta aquí la interpretación de esta garantía es clara y concisa, pero más adelante se añade:

*En el momento del siniestro el capital asegurado ha de ser igual o superior al valor de nuevo que tengan los bienes justipreciados (...). Por lo tanto, si el capital asegurado no alcanza en el momento del siniestro, el valor de nuevo, no será de aplicación esta garantía, más que en la parte proporcional que represente la posible diferencia del capital asegurado en relación con el valor real, quedando el resto a cargo del asegurado.*

---

En realidad, esta compañía no está ofreciendo la garantía de valor de nuevo a sus asegurados, como parece dar a entender, ya que exige, por lo que podemos entender, que el capital asegurado en el momento del siniestro sea igual o superior (¿se exige un Sobreseguro?) al valor de nuevo. Un verdadero galimatías que se traduce en que la realidad de la póliza no es lo que a primera vista nos parece.

Otro ejemplo de oscuridad en la redacción de condiciones podría ser el siguiente:

---

*Póliza combinada de empresas:*

*Sección 4- Coberturas*

*Daños materiales:*

*La compañía indemnizará los daños y pérdidas materiales causadas directamente a los bienes asegurados por todo riesgo no específicamente excluido.*

*Riesgos excluidos:*

*A/ Desgaste o uso, deterioro gradual, insectos, roedores (...)*

*B/ La avería o rotura de maquinaria debida a causas intrínsecas.*

*C/ Asentamiento normal, agrietamiento, contracción o expansión de pavimentos (...)*

*No obstante, si se originase un daño o pérdida como consecuencia de alguno de los riesgos indicados en los apartados A, B, C anteriores, y cuya causa no esté excluida, se indemnizarán exclusivamente las pérdidas o daños producidos por el siniestro.*

---

---

En este redactado existe, evidentemente una contradicción , ya que si están describiendo las causas de siniestro que quedan excluidas de cobertura en los apartados A, B y C, y posteriormente aceptan indemnizar los daños consecuenciales de un siniestro producido por estas causas (excluidas), no tiene ningún sentido añadir la frase que resaltamos en negrita, y cuya causa no esté excluida. Ya que de este modo la ampliación que se pretende queda inmediatamente anulada. Lo ofrecen y realmente no lo están dando.

Como estos ejemplos podríamos ofrecer otros muchos en los que existe una complejidad u oscuridad importante en la redacción. Lamentablemente la compañía siempre suele acabar interpretando a su favor; así mismo, en los casos en los que no se trata de complejidad sino de contradicción entre cobertura y exclusión, las únicas vías de resolución del conflicto suelen ser las establecidas en los sistemas de defensa del asegurado.

Sí bien debemos añadir, según nuestra experiencia como operadores de Banca seguros, que los Laudos de los defensores de los asegurados sí tienen en cuenta el contenido del Art. 3 de la LCS, fallando habitualmente a favor del asegurado. La parte más débil del contrato, cuando el carácter lesivo existe.

## 2.2 Artículo 20 de la LCS

Dice así:

*Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:*

*(...) Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.*

*y consistirá en el pago de su interés anual igual al del interés La indemnización se impondrá de oficio por el órgano judicial legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un 50 por 100; estos intereses se consideraran producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.*

*No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.*

*(...)*

Estamos ante uno de los artículos más controvertidos en la aplicación de la LCS.

En primer lugar, destacar que los plazos medios de indemnización. Al menos en los seguros de ramos de siniestralidad masa como pueden ser los multirriesgos, superan los plazos marcados en este artículo, por tanto, debemos entender que la práctica generalizada del sector asegurador no tiene presente ni aplica la norma, en detrimento del asegurado.

Evidentemente, también queremos destacar, que aún modificado en su momento, los porcentajes establecidos como indemnización por daños y perjuicios, aún hoy continúan siendo desproporcionados para los niveles de interés del dinero que existen.

Pero aún así, esto último, lógicamente, no debería de eximir a las entidades aseguradoras de la correcta aplicación de este artículo, respetando los márgenes de tiempo que se establecen para el pago de la indemnización.

Veamos otros contenidos del artículo que se incumplen en la práctica diaria:

*Se incurre en mora si el asegurador no indemniza transcurridos tres meses desde la producción del siniestro.*

Debemos entender por tanto que un alto porcentaje de los siniestros tramitados anualmente por las aseguradoras de nuestro país incurren en mora sin reconocimiento efectivo de la misma.

¿Asumen los asegurados esta situación por desconocimiento de los derechos que les otorga la LCS en su artículo 20?

¿Están realmente protegidos por la Ley?

¿Existe jurisprudencia en este sentido?

*(...) o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.*

Por tanto también estamos ante un caso de mora si el asegurador no indemniza, al menos con el importe mínimo reconocido, dentro de los 40 días posteriores a la ocurrencia del siniestro. No hace falta decir que no es práctica conocida el hecho de que el asegurador, en los casos comunes, indemnice un importe mínimo en prevención de incumplir los plazos marcados.

Entremos por tanto dónde está el origen de esta “desatención” por parte del asegurador a la correcta y justa aplicación de este artículo:

*La indemnización de impondrá de oficio por el órgano judicial (...)*

*He aquí, consideramos, uno de los principales motivos por los que, de no reclamar judicialmente el asegurado, la entidad aseguradora se exime de la aplicación del contenido de este artículo, Aunque al final del mismo párrafo*

*donde se menciona la necesidad de que se imponga de oficio, dice textualmente:*

*(...) estos intereses se consideraran producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.*

Debemos esperar, pues la revisión de este artículo que se prevé para la esperada actualización de la LCS, tal y como ha dejado dicho el director general de seguros Ricardo Lozano.

No queremos acabar este punto sin mentar la sentencia 251/2007 del Tribunal Supremo, por su novedad e importancia en la correcta aplicación del artículo 20 LCS. (anexo 1)

Con esta sentencia la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo unifica la doctrina sobre los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS.

La ausencia de jurisprudencia pacífica sobre devengo y cuantía de los intereses del art. 20 LCS obliga al Tribunal a  fijar la doctrina siguiente:

Durante los dos primeros años desde el siniestro la indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero al tipo vigente cada día., que será el correspondiente a esa anualidad incrementado en un 50%.

A partir de esta fecha el interés se devengará de la misma forma siempre que supere el 20%, con un tipo mínimo del 20% si no lo supera y sin modificar los ya devengados hasta el momento.

El Tribunal arguye que esta doctrina no supone la concesión de un plazo de gracia mayor a las Compañías, implica fijar 2 periodos con dos tipos de interés diferenciados.

A los dos años, si la compañía incumple, el tipo que resulta aplicable para modificar retroactivamente las ya devengadas día a día en los años anteriores.

Y así, por tanto, se debe cumplir.

## 2.3 Artículo 38 de la LCS

Dice así:

*(...) Si no se lograra un acuerdo dentro del plazo previsto en el art. 18, cada parte designará un Perito, debiendo constatar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.*

*En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización (...)*

*Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designaran un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el juez de primera instancia (...)*

Como es conocido por los profesionales del sector que operan en el área de prestaciones, las entidades aseguradoras, en los últimos años, empiezan a hacer referencia al artículo 38 LCS en las cartas de no cobertura enviadas a sus asegurados una vez finalizada la gestión del siniestro, se informa a sus asegurados de la existencia legal de esta vía de reclamación legítima que tienen a su disposición, no obstante, todavía queda mucho camino por recorrer para que ésta sea una práctica generalizada por parte de la mayoría de aseguradoras y compañías de multiasistencia que ejercen de proveedores de servicio y gestión de siniestros a un número cada vez más importante de entidades. Evitaremos dar nombres pero la lista de las que incumplen ésta mención nos dejaría perplejos. Es función de Mediador u Operador asesorar a su cliente sobre la existencia del contenido del art. 38 LCS y de las probabilidades de éxito según la circunstancia del siniestro acaecido.

Pero la práctica en la resolución de siniestros donde se inicie un procedimiento de Tercería pericial, por parte de las aseguradoras que no tienen asumida su función real para con sus asegurados, se oscurece aún más en el momento de la aplicación e interpretación del art. 39 LCS.

### Artículo 39 LCS

*Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y el asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.*

La perspectiva de un Operador de Banca seguros permite tener una amplia visión sobre cual es la realidad del sector en la aplicación de este artículo, y lamentablemente, una vez más, debemos decir que la interpretación que se hace del último punto y aparte de éste artículo vuelve a ser restrictiva para la parte más débil, el asegurado.

¿Cuándo una valoración es manifiestamente desproporcionada? Se deja a la libre interpretación de las partes... por lo que se suele evitar asumir las costas periciales del asegurado. Incluso se suele alegar que el texto de este artículo sólo obligará a asumir las costas de la parte contraria cuando haya intervenido el perito tercero, interpretación que no se sustenta con una lectura honesta del texto.

Con el breve análisis realizado en estos artículos tan relevantes en el día a día sobre la formalización y aplicación de un contrato de seguro, hemos tenido como meta poner en relieve que la Ley del contrato de seguro es una ley que quiere velar por los intereses de los asegurados, que busca su protección y tutela,; de ahí la primera parte del título de esta tesis , El carácter Tuitivo de la LCS, debe calar realmente en el sector, entendiendo cual es la función principal de un seguro una vez cumplidos los deberes del asegurado.

Entender esta realidad y llevarla a la práctica diaria redundará, sin duda alguna, en la imagen que proyecta en la sociedad el mercado asegurador, dará confianza a la población para optar por el aseguramiento del máximo de sus intereses y beneficiará al buen funcionamiento económico del país.

## 2.4 Legislación aplicable en materia de protección al asegurado y al partícipe en planes de pensiones

Con carácter general consideramos interesante destacar cual es la legislación aplicable en materia de **protección al asegurado** a fecha Junio 2007:

A) Normativa general de protección
- <b>Ley 44/2002</b> de 22 de noviembre, de medidas de Reforma del sistema Financiero (capítulo V relativo a la protección de clientes financieros).
- <b>Real decreto 303/2004</b> de 20 de Febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.
- <b>Orden ECO/734/2004</b> , de 11 de Marzo sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- <b>Ley 26/1984 de 29 de Julio</b> . General para la defensa de los consumidores y usuarios. (modificada por el artículo 1 de la ley 44/2006, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios)

B) Seguros, en general
- <b>Ley 50/1980 de 8 de Octubre</b> , de Contrato de seguro.
- <b>Real decreto legislativo 6/2004</b> de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Ordenación y supervisión de los seguros privados
- <b>Ley 20/2005 de 14 de Noviembre</b> , sobre la creación del registro de contratos de seguros de coberturas de fallecimiento.

- **Real decreto 2486/1998 de 20 de noviembre**, por el que se aprueba el reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados (modificado recientemente por el real decreto 239/2007 de 16 de febrero).

- **Ley 22/2007 de 11 de Julio** sobre comercialización a distancia de servicios financieros.

### C) Seguros de vehículos a motor

- **Real Decreto legislativo 8/2004** de 29 de octubre, por el que aprueba el texto refundido de ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

- **Real decreto 7/2001** de 12 de Enero, por el que se aprueba el reglamento sobre responsabilidad civil y seguro de vehículos a motor.

### D) Mediación

- **Ley 26/2006** de 17 de Julio, de mediación de seguros y reaseguros privados.

### E) Planes y fondos de pensiones

- **Real decreto legislativo 1/2002** de 29 de Noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de regulación de Planes y Fondos de pensiones.

- **Real decreto 304/2004**, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de Planes y fondos de pensiones.

### 3. Procedimiento general para la presentación de quejas y/o reclamaciones de los usuarios de seguros

En caso de que un asegurado, verbigracia, considere que el importe indemnizado no se adecua a la realidad del daño sufrido, o que la exclusión aplicada no está correctamente plasmada en las condiciones de la póliza suscrita, tiene diversas figuras a las que dirigirse para dirimir su reclamación; Todas las posibilidades que ofrece el sistema asegurador son igualmente válidas, aunque hay que cumplir algunos requisitos que es importante tener presentes a la hora de elegir el medio.

El asegurado puede plantear reclamaciones o quejas sobre el contenido del contrato de seguro, sobre la normativa de transparencia y protección de la clientela o sobre las buenas prácticas y usos financieros, esto es cualquiera de las fases de la vida de un contrato de seguro. En el presente trabajo nos centraremos exclusivamente a las presentadas en relación a la gestión de los siniestros, dado que son éstos últimos los que generan mayor número de discrepancias del asegurado.

Sirva como ejemplo el siguiente gráfico comparativo 2005/2006 donde se contienen las quejas y reclamaciones recibidas en una determinada entidad aseguradora, según causa:

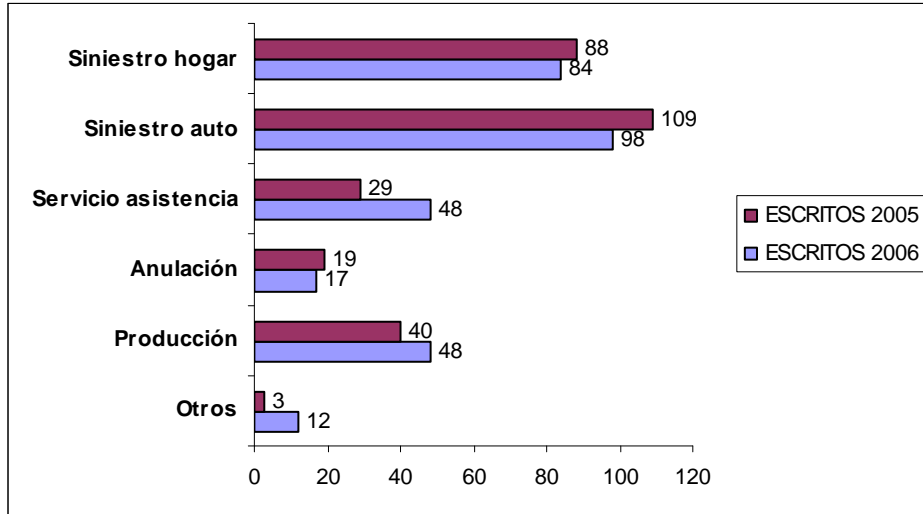


Gráfico 1 Comparativo Quejas y reclamaciones recibidas en la aseguradora X según causa.



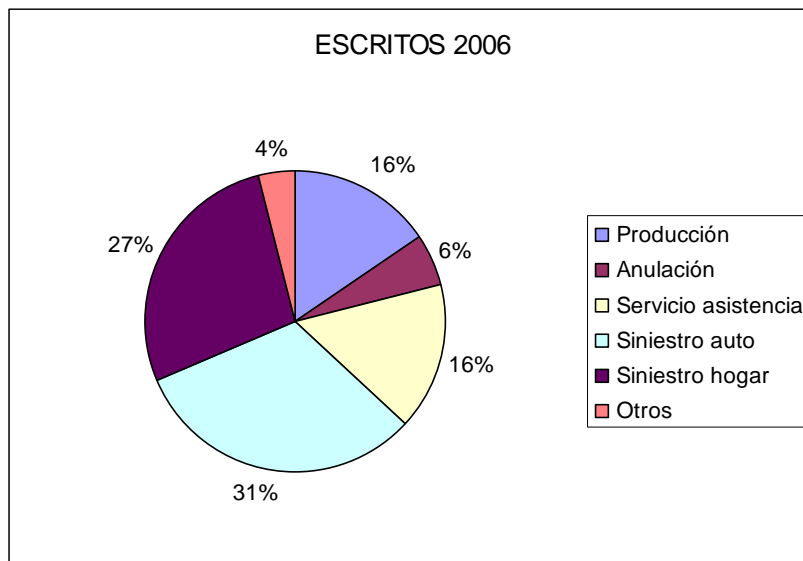


Gráfico 2: Porcentajes de las diferentes causas de reclamación recibidas

Veamos pues cuales son los pasos que debería seguir el asegurado que busque atención a su disconformidad:

Para buscar la agilidad y eficiencia en la resolución del conflicto, es recomendable que el asegurado se dirija, en una primera instancia, allí donde se suscribió el contrato de seguro. La utilidad de manifestar inicialmente el desacuerdo allí donde se contrató el seguro es, fundamentalmente, para facilitar que la compañía aseguradora vuelva a analizar los motivos de la disconformidad y se ratifique o no en el punto que genere la controversia; de esta manera evitará tener que tramitar formalmente la queja en el caso de que se reconsidere la postura, y también el hecho de tener que incrementar el tiempo de la resolución de su reclamación. A la entidad aseguradora esta actuación también le es beneficiosa ya que reduce costes y perjuicios a sus niveles de calidad

Éste es el motivo por el que hemos ordenado los diferentes estamentos que están a disposición del asegurado de la manera que sigue:

- | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corredor u Operador de Banca seguros</li> <li>• Compañía de seguros. Departamentos de atención al cliente.</li> <li>• Defensor del asegurado.</li> <li>• Comisionado para la defensa del cliente de la DGSFP</li> <li>• Asociaciones de consumidores y usuarios.</li> <li>• Sistemas arbitrales</li> <li>• Tribunales de justicia</li> </ul> |
|---|

Cuadro 2: Diferentes estamentos Para la defensa del asegurado

Lógicamente, el asegurado, deberá esperar a tener una respuesta definitiva de la entidad aseguradora para poder alzar su reclamación, de otro modo, su discrepancia sería rechazada por defecto de forma en cualquiera de las entidades anteriormente expuestas.

Así mismo, no se deberá tramitar a través de dos entidades de forma paralela, ya que, además de generar duplicidad de actuaciones, como puede ser la petición de aclaraciones a la compañía, también puede comportar, según el caso, el rechazo de la misma por defecto de forma, al igual que el punto anterior.

El cumplimiento de estos dos preceptos por parte del asegurado, contribuirán a la mejora y más pronta resolución del conflicto, así mismo, una vez tramitada la reclamación a través de uno de estos organismos, en el caso de seguir manteniéndose la disconformidad por parte del asegurado, siempre se podrá recurrir a una instancia superior, para volver a solicitar su revisión, hasta llegar a los tribunales de justicia, donde se dirimirá definitivamente sobre el hecho analizado.

Una vez el asegurado se haya dirigido a su corredor u operador de seguros para manifestar su queja, en el caso de que éste haya sido el sistema por el que formalizó su contrato de seguro, y sólo en el caso de que en la revisión de la divergencia no se obtenga una solución que se consideren adecuada, el corredor puede iniciar, en nombre de su cliente, la tramitación de la reclamación al departamento de atención al cliente o al de defensa del asegurado de la entidad aseguradora con la que se intermedie la póliza.

Así mismo, el cliente también puede dirigirse directamente a cualquiera de estos dos sistemas de defensa que tiene a su disposición.

En conclusión, el cliente debe de esperar la definitiva resolución de la entidad aseguradora, posteriormente debe pedir asesoramiento ante su mediador o agente, y en el caso de continuar en discrepancia, debe iniciar la presentación formal de su reclamación, tanto sea iniciándola a través de su mediador o de forma independiente. También tener presente que no se debe reclamar a la vez a más de una de las figuras de defensa que están a disposición del asegurado. El camino debe ser recorrido ordenadamente sin duplicidades, sabiendo que siempre se estará en disposición de continuar la reclamación hasta llegar a la última instancia, la de los tribunales de justicia.



## 4. Análisis de los diferentes organismos de defensa del asegurado

### 4.1 El Corredor y El Operador de Banca Seguros

La dirección General de seguros y Fondo de Pensiones al igual que la asociación Española de consumidores de contrato de seguros (es consultable en sus respectivas Web) aconsejan contratar siempre un contrato de seguro a través de un mediador. En el caso de realizarse la mediación a través de una entidad financiera estaremos contratando a través de un operador de Banca Seguros, nuevo nombre dado a esta figura por la reciente Ley 26/2006, de 17 de Julio, de mediación de seguros y reaseguros privados.

Estamos pues ante la primera figura a la que el cliente se debe dirigir ante la existencia de un posible conflicto, ya que su mediador es el que conoce en profundidad su póliza y el que sabe el alcance real de sus coberturas; asimismo, el mediador dispone de conocimientos suficientes como para dirigir la reclamación en primer término al sistema de defensa que mejor se adapte a las circunstancias ocurridas; tercería pericial, departamento de atención al cliente o Defensor del asegurado.

Haremos una mención especial al alto nivel de protección que ofrece el operador de banca seguros a sus clientes, ya que no podemos olvidar que este canal de distribución de seguros se equipara cada vez de más al importante rol social que desempeñan los bancos y las cajas de ahorro en la economía de nuestro país.

	Vida				No vida			
	Cartera	%	Producción	%	Cartera	%	Producción	%
<b>Agentes</b>	3.077	14,90	1.479	11,9	10.380	38,59	2170	35,7
<b>Corredores</b>	1589	7,70	557	4,52	7.747	28,80	2.236	36,8
<b>Banca seguros</b>	<b>14.220</b>	<b>68,88</b>	<b>9658</b>	<b>78,3</b>	<b>1.973</b>	<b>7,33</b>	<b>683</b>	<b>11,2</b>
<b>Red oficinas compañías</b>	1045	5,06	539	4,37	5.309	19,74	546	8,98
<b>Marketing directo</b>	65	0,32	39	0,31	1.142	4,24	218	3,59
<b>Otros canales</b>	648	3,14	63	0,51	348	1,30	225	3,71

Cuadro 3. Distribución del negocio asegurador por primas y canales en 2006

Fuente: DGSFP / datos en millones de euros

Ante la relevancia que realmente tiene en el sector la distribución de seguros mediante el canal de banca seguros, es del interés del presente trabajo profundizar sobre las debilidades y fortalezas que ofrece este canal en la protección y defensa de los intereses del asegurado.

Las debilidades más significativas respecto a la calidad de la protección al asegurado que ofrece la distribución por entidades de crédito, ha sido tradicionalmente, y continua siendo, la insuficiente información sobre las características del producto comercializado ofrecido a sus clientes. El carácter cautivo de éstos facilita que el fenómeno se produzca, siendo éste uno de los mayores retos de mejora a los que se enfrenta el sector banca asegurador.

La vigente normativa de mediación incide en esta carencia tradicional, obligando específicamente a mejorar la formación de la red comercial de los bancos y cajas de ahorro, esta circunstancia redundará necesariamente en la mejora de los sistemas de venta modificando a corto plazo esta circunstancia. Además, este hecho beneficiará necesariamente a la imagen banca aseguradora, pudiendo eliminar definitivamente el poco adecuado “san benito” de ser meros “colocadores” de seguros por exclusivo interés empresarial.

El informe anual del servicio de reclamaciones 2006 de la DGSFP recoge la siguiente información respecto a las reclamaciones presentada contra la gestión de banca seguros:

Año	Reclamaciones a EEAA	Reclamaciones a Planes	Reclamaciones a Mediadores	Reclamaciones BancaSeguros
2006	2.702	108	16	58

Cuadro 4. reclamaciones presentadas a la DGSFP en 2006 sobre banca seguros

No disponemos de datos sobre cuantas de las reclamaciones presentadas por una entidad de banca seguros fueron resultas a favor del reclamante.

Del total de 2.884 reclamaciones presentadas, 2702 son reclamaciones en materia de seguros, 108 son reclamaciones de planes y fondo de pensiones, 16 en materia de mediación y 58 son reclamaciones en materia de comercialización por entidades de créditos. Vemos, por tanto, que un 93,7% de las reclamaciones presentadas a la DGSFP corresponden a discrepancias sobre los contratos de seguros y el **6,3 % restante están fundadas contra las materias de planes de pensiones, mediación y comercialización de banca seguros.**

Ante estas cifras, hemos de entender que la intermediación de corredores y de banca aseguradores es, por tanto, el medio más óptimo para la protección del asegurado, insistiendo, como hacíamos en párrafos anteriores, en la recomendación efectuada por la DGSFP y demás asociaciones de consumidores, que recomiendan este canal como ideal para la contratación de una póliza de seguro; sin perjuicio de la necesidad de mejora continua que

debe prevalecer en todo canal de distribución , circunstancia que damos por obligada.

Un ejemplo de diagrama sobre la intervención de un mediador en todo el proceso que comporta la compra y uso de un contrato de seguro, desde la selección del tipo de póliza más adecuado a las necesidades del cliente hasta el posible uso que se haga de ella si se produce el no deseable siniestro, y la intermediación en las reclamaciones es el que pasamos a describir a continuación:

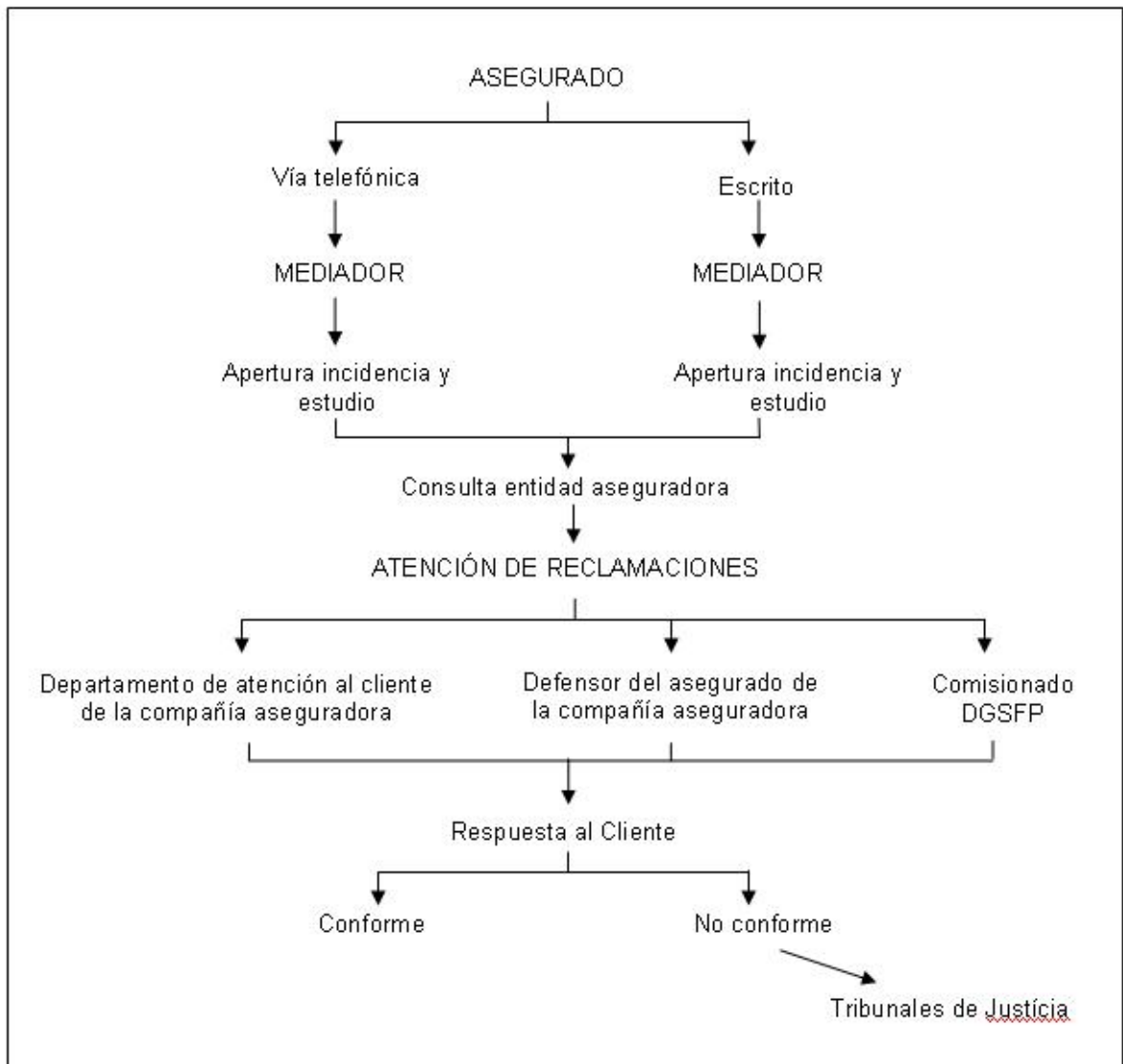


Diagrama 1: Propuesta para la tramitación de una reclamación mediante mediador

## 4.2 Áreas de atención al cliente de las entidades aseguradoras

Destacábamos en el punto anterior que el 93,7% de las reclamaciones presentadas por los asegurados a la DGSFP están motivadas por discrepancias del asegurado con su entidad aseguradora. Es por tanto del

máximo interés para este estudio analizar la actividad del área de atención al cliente de éstas entidades (EEAA), como paso previo a la figura del defensor del asegurado.

¿Cuáles son las competencias del departamento de atención al cliente de una entidad aseguradora?

La Ley 44/2002 de 22 de noviembre de medidas de reforma del sistema financiero, adopta una serie de medidas protectoras de los clientes de servicios financieros. En primer lugar se establece la obligación para las entidades financieras de atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes les puedan presentar relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos. A estos efectos las entidades de crédito y entidades aseguradoras deberán contar con un departamento o servicio de atención al cliente. Además podrán designar un Defensor del cliente, figura que estudiaremos más adelante, que podrá atender y resolver los tipos de reclamaciones que determine en cada caso su reglamento de funcionamiento.

Las competencias concretas del departamento de atención al cliente se rigen por la ORDEN/ECO 734 / 1004, donde se regula el ámbito de aplicación y los diferentes requisitos y deberes de los departamentos de atención al cliente.

Veamos un extracto de su contenido:

#### Obligaciones de la Entidad Aseguradora:

- Las entidades deberán de disponer de un departamento de atención al cliente, adoptando las medidas necesarias para separar el departamento de los restantes servicios comerciales u operativos de la organización, garantizando así la toma de decisiones de una forma autónoma y evitando conflictos de interés.
- Se establecerán las medidas oportunas para garantizar que la transmisión de la información que se solicite por éste departamento al resto de servicios de la organización se pueda proveer con rapidez, seguridad, eficacia y coordinación.
- Las entidades pondrán a disposición de sus clientes, en todas y cada una de sus oficinas, así como en sus páginas Web, información relativa al departamento y a su reglamento.

#### Plazos:

- Existe la obligación de resolver las quejas y reclamaciones en el plazo de dos meses desde su presentación.
- El cliente dispone de dos años desde que se produce el hecho generador de la discrepancia, para interponer su queja o reclamación.

#### Procedimiento de trámite:

- El cliente podrá elegir si se dirige a éste departamento o al Defensor del asegurado según sea su voluntad.
- Se informará al cliente respecto a los datos que ha de contener su escrito de reclamación o queja.

#### Motivos de rechazo:

- Cuando se omitan datos esenciales para la tramitación.
- Cuando se haya iniciado paralelamente un trámite administrativo, arbitral o judicial, o el asunto haya sido ya resuelto ante aquellas instancias.
- Cuando se reiteren reclamaciones anteriormente tramitadas

#### Finalización y notificación:

- La decisión será siempre motivada y contendrá conclusiones claras, fundadas sobre cláusulas contractuales, las normas de transparencia y protección de las clientelas aplicables así como las buenas prácticas y usos financieros.

#### Informe anual:

Dentro del primer trimestre de cada año, los departamentos y servicios de atención al cliente presentaran ante el consejo de administración u órgano equivalente un informe explicativo del desarrollo de su función durante el ejercicio precedente, el contenido mínimo será el siguiente:

- *Resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, con información sobre número, admisión a trámite y razones de inadmisión.*
- *Resumen de las decisiones dictadas, con indicación del carácter favorable o desfavorable para el reclamante*
- *Criterios generales contenidos de las decisiones.*
- *Recomendaciones o sugerencias derivadas de su experiencia con vistas a una mejor consecución de los fines que informan su actuación.*

Al menos un resumen del informe se integrará en la memoria anual de las entidades.

Es por tanto obligatoria para todas las entidades aseguradoras que desarrollen su actividad en el sector español, disponer de un servicio o departamento de atención de quejas y reclamaciones que siga la normativa estipulada en la ORDEN/ECO 734 / 1004. El hecho de que este departamento dependa directamente de la dirección general de la compañía es fundamental para que su función sea verdaderamente relevante en la detección y corrección de las incidencias que se puedan detectar durante el desarrollo de sus funciones de atención al cliente.



#### 4.2.1 Análisis de diferentes Informes Anuales 2006 de departamentos de atención del cliente del sector asegurador español.

Una vez analizadas las funciones y competencias de un departamento de atención al cliente, pasaremos a exponer el resultado del estudio que hemos realizado sobre los informes anuales del ejercicio 2006 de los departamentos de atención al cliente de cuatro entidades aseguradoras de nuestro mercado de seguros. Dado que el contenido de la información que nos ha sido facilitada es de carácter confidencial ofreceremos la información, lógicamente sin mentar la fuente, y también de una forma global siguiendo la forma y requisitos marcados por la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo para los contenidos de los informes anuales de estos departamentos.

Es de nuestro interés remarcar que los informes anuales de los departamentos de atención al cliente de las entidades aseguradoras son siempre de uso interno de la compañía, no publicándose su resultado en ningún caso, este hecho está motivado por la evidencia de que el número y la tipología de reclamaciones recibidas en una entidad son el más claro exponente del nivel de calidad de sus pólizas así como su capacidad de servicio; el desconocimiento de la realidad en este ámbito de otras Aseguradoras hace que actualmente siga sin utilizarse esta información públicamente, aún pudiendo ser , en algunos casos, una excelente promoción comercial y punto diferenciador en el sector.

Entendamos pues que esta circunstancia da especial valor al presente análisis, considerando que el hecho de haber tenido acceso a una información privilegiada es de gran interés, circunstancia que agradecemos a las diversas entidades colaboradoras.

De las cuatro entidades estudiadas, existen dos de ellas que disponen de más de 500 millones de primas imputadas brutas y otras dos con menos de 50 millones de primas imputadas brutas. Este dato lo hemos obtenido de la DGSFP, obviamente, y para dar una información proporcionada a la realidad sobre el volumen de las entidades estudiadas, el que el análisis de los datos obtenidos los ofreceremos siempre dividido en estos dos grupos de volúmenes distintos.

Como se podrá ver más adelante, el número de reclamaciones recibidas es bastante proporcional a sus volúmenes de cartera, esto debe significar que el tipo de servicio ofrecido a sus clientes, aún existiendo una importante diferencia de capacidad, viene a ser similar. Lo que sí debemos remarcar por ser la importante diferencia que se puede encontrar en las áreas de atención al cliente de unas entidades y a otras, es que es palpable la entidad donde el espíritu del servicio está patente en toda la estructura de la empresa, liderada desde la Dirección, y la entidad donde la atención al cliente es un trámite obligatorio, o al menos la dedicación y relevancia que se le da a esta cuestión es mucho menos seguida por las diferentes áreas que componen la Entidad.

#### 4.2.1.1 Resumen estadístico de las quejas y reclamaciones atendidas, Número, admisión a trámite e inadmisión

El primer punto que debe contener todo informe anual de los departamentos de atención al cliente recoge información acerca del volumen de quejas y reclamaciones atendidas durante el ejercicio precedente, así como las causas por las que no se ha aceptado a trámite a algunas de ellas, veamos pues qué dicen estas estadísticas.

	RECLAMACIONES RECIBIDAS	RECLAMACIONES NO ADMITIDAS A TRÁMITE	RECLAMACIONES TRAMITADAS
EEAA > 500 millones primas imputadas brutas	621	26 (4,2%)	595 (95,8%)
EEAA < 50 millones primas imputadas brutas	70	4 (5,7%)	66 (94,3%)

Cuadro 5: reclamaciones recibidas con indicación de las tramitadas y no admitidas. Durante 2006

	ESTIMADAS A FAVOR DEL CLIENTE	RESUELTAS A FAVOR DE LA ENTIDAD	PENDIENTES RESOLUCIÓN*
EEAA > 500 millones primas imputadas brutas	171 (28,7%)	379 (63,6%)	45 (7,5%)
EEAA < 50 millones primas imputadas brutas	42 (63,6%)	24 (36,4%)	0

Cuadro 6 : Reclamaciones estimadas a favor del cliente y de la entidad en 2006

De las reclamaciones recibidas, aproximadamente el 2,5% de éstas son remitidas al procedimiento de peritaje previsto en el art. 38 LCS, esto es debido a que el contenido de la reclamación se limita a una causa técnica que no se encuentra al alcance de una resolución por parte este departamento de atención al cliente, siendo más adecuado el análisis técnico al que pueden llegar los peritos designados libremente por las partes implicadas, asegurado y entidad aseguradora.

Es importante hacer notar que de la comparativa 2005 /06 de reclamaciones recibidas en las diferentes EEAA estudiadas trasciende un ligero descenso del número recibidos a trámite. Este es un hecho común a cada una de ellas, siendo este descenso, en las entidades de menor volumen de primas , más relevante que en las entidades de mayor peso en el sector

Gráfico de evolución anual:

	Año 2005	% variación acumulado 2005/2006	Año 2006
<b>EEAA &gt; 500 millones primas imputadas brutas</b>	<b>645</b>	<b>- 3,7%</b>	<b>621</b>
<b>EEAA &lt; 50 millones primas imputadas brutas</b>	<b>87</b>	<b>- 24%</b>	<b>70</b>

Cuadro 7: gráfico de evolución anual de reclamaciones recibidas 2005/06

#### 4.2.1.2. Resumen de las decisiones dictadas, con indicación del carácter favorable al asegurado:

Como análisis general de todos los informes anuales de atención al cliente estudiados para el presente trabajo, debemos recalcar que en todos ellos se aprecia una mejora en el comportamiento de la organización a la hora de tramitar y dar curso a los siniestros, hecho que a todas luces denota una implicación constante y continuada de los departamentos afectados en el compromiso de la entidad para con la calidad y el servicio ofrecido a sus clientes.

Pasemos a enumerar las causas más habituales de las reclamaciones presentadas a éstos departamentos en 2006, centrándonos principalmente en las que generan mayor número de disconformidades, siniestros de automóvil y Multiseguro del hogar

#### SEGUROS DE AUTOMOVIL:

	RECLAMACIONES SOBRE AUTOMÓVIL	ESTIMADAS A FAVOR DEL CLIENTE
<b>EEAA &gt; 500 millones primas imputadas brutas</b>	<b>156</b>	<b>23%</b>
<b>EEAA &lt; 50 millones primas imputadas brutas</b>	<b>98</b>	<b>13%</b>

Cuadro 8: Reclamaciones sobre seguro automóvil, porcentaje de estimadas.

En cuanto al contenido de estas quejas y reclamaciones de automóvil presentadas tenemos los siguientes motivos:

<b>Principales motivos</b>	
<b>Proceso de atención al cliente</b>	
1.	Deficiente atención telefónica
2.	Deficiente atención punto de venta
<b>Proceso de Contratación</b>	
3.	Divergencias con la contratación
4.	Extornos
5.	Anulación por siniestralidad
<b>Proceso de siniestros</b>	
7.	Deficiente actuación perito
8.	Deficiente tramitación siniestro
9.	Desacuerdo valor de la indemnización
10.	Deficiente actuación letrado y otros

Cuadro 9: Motivos de las reclamaciones recibidas sobre automóvil.

Analizaremos más detenidamente el contenido de estas disconformidades:

 Proceso de Atención al cliente

Debidas principalmente a la desinformación a la que se ve sometido el asegurado durante la gestión del siniestro, así como por el trato recibido por tramitadores, peritos y reparadores de los servicios de asistencia.

La subcontratación de empresas de servicio que ofrecen plataformas de atención telefónica hace que la entidad aseguradora tenga menos poder de incidencia directa y control sobre la formación y capacidad de estas plataformas *Front office* y gestores de siniestros. La gran rotación de personal de las empresas de asistencia implica una importante falta de experiencia y muchas veces una menor implicación en el principio de fidelización al cliente ya desde el primer contacto que se tiene con él, hecho cuanto más relevante en ocasión de la recepción de una queja o reclamación.

 Proceso de contratación:

Volvemos a incidir en la necesidad de mejorar la información que recibe el cliente, tanto en el momento de la contratación de la póliza como en el momento de anulación de la misma. Sea por voluntad del cliente o por deseo expreso de la entidad aseguradora. Desarrollar una política clara de extornos y cumplir los plazos estipulados en la LCS para proceder a la anulación de un contrato reduciría en gran medida las discrepancias de los clientes por estos motivos.

El Art. 20.1 del reglamento de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor establece que en el momento inicial de la contratación de un seguro de automóviles este entra en vigor desde el momento en el que se facilita al cliente la solicitud de seguro sellada por la compañía. A partir de este momento y en el plazo de diez días la entidad puede rechazar la solicitud de suscripción enviando un escrito al cliente donde se expongan los motivos de la no formalización definitiva del contrato. Este escrito debe de ser enviado de forma que la recepción por parte del cliente se ha producido fehacientemente (con certificado y acuse de recibo es la manera propuesta por la dirección general de seguros)

En el caso de anular la solicitud de suscripción dentro del plazo de diez días, la compañía tiene derecho a cobrar la parte de la prima consumida hasta el recibo del escrito.

De superarse este plazo la compañía aseguradora deberá formalizar el contrato obligatoriamente.

Si el siniestro sucediere antes de la emisión del escrito la entidad deberá asumirlo.

La aplicación de esta norma y la consecuente información al cliente eliminaría significativamente las reclamaciones por este motivo.

 Proceso técnico de Gestión de siniestros:

El **perito** continúa siendo una de las razones fundamentales que suscita la formulación de la queja o reclamación por parte del cliente. Estipular como obligatorios unos estándares de calidad de obligado cumplimiento para los peritos, homogeneizaría en gran medida sus sistemas de actuación, redundando necesariamente en el nivel de servicio prestado. Sistemas de alerta para detectar los informes que no se cierren en el plazo estipulado y definición del contenido de los avances previos e informes definitivos, es una necesidad no cumplida por todas las entidades.

La **valoración de los daños**, el **valor venal** como sistema de valoración en el momento de suceder un siniestro de envergadura, es otro de los motivos que generan mayor disconformidad por parte de los asegurados, siendo heterogéneos los sistemas de actuación en estos casos por parte de las diferentes entidades.

La postura de la dirección general de seguros para la aplicación del valor venal en los seguros de automóviles es clara y precisa:

La aplicación del valor venal en el pago de un siniestro limita el derecho del asegurado a que se restituya económicamente el valor real de la reparación .Y por lo tanto esta cláusula debe ser considerada limitativa, y es sólo aplicable en caso de daños propios. Como cláusula limitativa, que son las que restringen las garantías que sí tiene amparadas el asegurado, deben de estar destacadas de

forma especial según establece el art. 3 LCS; de otro modo deberá ser considerada inválida.

Del contenido de esta interpretación se desprende que la cláusula de valor venal no es aplicable al propio asegurado cuando la causa del siniestro es responsabilidad de un tercero, ya que conceptualmente la obligación de la compañía aseguradora responsable no se debe ver limitada por las garantías. En este caso, limitativas contratadas por el asegurado perjudicado, aún existiendo convenio CIDE entre compañías.

La **comunicación** con el cliente durante la gestión del siniestro y en el momento del rechazo son de máxima importancia a la hora de prevenir la tramitación de reclamaciones por parte de los asegurados, la aplicación de reglas proporcionales sin previa explicación a los asegurados o el rechazo mediante escrito poco claro o falta de razones de la exclusión basadas en el clausulado de la póliza, contribuyen a que un siniestro técnicamente bien resuelto derive en reclamación, de aquí la importancia de mejorar la comunicación con el cliente y de establecer desde la dirección del área de siniestro escritos de comunicación estandarizados adecuadamente, evitando la heterogeneidad en redactados y contenidos.

**SEGURO MULTIRRIESGO HOGAR:**

	RECLAMACIONES SOBRE MULTIRRIESGO HOGAR	ESTIMADAS A FAVOR DEL CLIENTE
EEAA > 500 millones primas imputadas brutas	589	18,5%
EEAA < 50 millones primas imputadas brutas	90	15%

Cuadro 10 : Reclamaciones sobre seguro Multirriesgo, porcentaje de estimadas

En cuanto al contenido de estas quejas y reclamaciones de Multirriesgo Hogar presentadas tenemos los siguientes motivos:

Principales motivos
Proceso de atención al cliente
1. Deficiente atención telefónica
2. Deficiente información
Proceso de Contratación
3. Divergencias con la contratación (coberturas, franquicias no conocidas)

4. Externos
5. Anulación por siniestralidad
Proceso de siniestros
7. Deficiente actuación perito
8. Deficiente tramitación siniestro
9. Deficiente atención al tercero perjudicado
10. Desacuerdo rechazo
11. Desacuerdo importe de la indemnización


Cuadro 11: Motivos de las reclamaciones recibidas sobre Seguros de Multirriesgo.

Analizaremos más detenidamente el contenido de estas disconformidades:

 Atención al cliente:

Debidas principalmente a la desinformación a la que se ve sometido el asegurado durante la gestión del siniestro, así como por el trato recibido por tramitadores, peritos y reparadores de los servicios de asistencia.

La subcontratación de empresas de servicio que ofrecen plataformas de atención telefónica hace que la entidad aseguradora tenga menos poder de incidencia directa y control sobre la formación y capacidad de estos gestores de siniestros. La gran rotación de personal de estas empresas de asistencia implica una importante falta de experiencia y muchas veces una menor implicación por parte de estos gestores.

 Proceso Suscripción:

Debidas a malentendidos con las coberturas de la póliza, caso de las franquicias mínimas que se incluyen en las condiciones particulares sin haberlas resaltado de forma clara en el momento de la contratación, o por las franquicias que se incluyen en la póliza, de forma general, en momentos posteriores a la contratación; llegando a ser éstas una sorpresa para el cliente en el momento del siniestro. En estos casos la franquicia pasaría de ser una condición limitativa del riesgo a ser una clara condición lesiva de los derechos del asegurado pactados en el momento de formalizar el contrato de seguro.

Debidas a la disconformidad por el hecho de no haber contratado el cliente el tipo de seguro que realmente le era necesario para el correcto aseguramiento de su interés. Este hecho vuelve a redundar en la importante necesidad de formación de los diferentes agentes que intervienen en la venta de los productos de seguros, tanto sea una red agencial como de intermediación banco aseguradora.

Debidas a la falta de firma de pólizas y condicionados, existe un elevado número de reclamaciones en las que el cliente alega desconocimiento de las

delimitaciones del contrato, hecho que necesariamente se avala en el caso de no existir las firmas que estipula el art. 3 LCS.

Debidas a la anulación de la póliza por siniestralidad, como establece el art. 22 LCS, las partes podrán no prorrogar el contrato de seguro por una nueva anualidad, debiendo comunicar a la otra parte esta decisión por escrito en un plazo de 2 meses. Este requisito implica que la aseguradora que desea anular un contrato por alta siniestralidad, tiene que poder probar que efectivamente remitió la notificación de anulación al vencimiento a su cliente dos meses antes de llegar a producirse la misma.

De no probarse que la notificación se realizó de forma inequívoca e indubitativa, ésta anulación se tornará indebida por lo que, de haberse producido un siniestro éste deberá ser aceptado por la entidad aseguradora.

Debidas a la incorrecta aplicación de los extornos, las entidades en defecto de la explícita petición de extorno por parte del cliente, no proceden a devolver la parte de prima no consumida, con la consecuente disconformidad del asegurado.

#### Proceso Técnico:

Debidas a divergencias con la peritación efectuada y la interpretación de las condiciones de la póliza, la actuación de los peritos se presenta en algunos casos como tradicionalmente polémica, especialmente en el ramo de hogar.

Debidas a una falta de rigor en la peritación (cumplimiento de valorar correctamente el daño) cuando el perito asume funciones de tramitador decidiendo a priori la cobertura o no cobertura del siniestro. Este hecho repercute negativamente en el contenido del informe y relentiza la gestión del siniestro teniendo que volverse a valorar, posteriormente, a petición del departamento de atención al cliente o defensor del asegurado.

Debidas al error del gestor del siniestro en el momento de la correcta interpretación de las condiciones de la póliza, asumiendo directamente la opinión del perito sin valorar de forma independiente el expediente.

Debidas a la falta de coordinación entre diferentes áreas de tramitación que pueden afectar a un mismo expediente. El caso más relevante es el traspaso de expedientes al área de protección jurídica, observándose problemas de coordinación a la hora de trasladar los expedientes de una unidad a otra, y existiendo insuficiencias de comunicación e información. Así mismo los letrados encargados de las reclamaciones judiciales también adolecen de este mismo problema.

#### 4.2.1.3 ¿Rectificación o solución puntual al conflicto por parte de las entidades aseguradoras?

Los informes de atención al cliente recogen una serie de recomendaciones para la rectificación en cada una de las tipologías de las reclamaciones recibidas, por tanto debemos entender que la voluntad de mejora está implícita



en estos estudios, ahora bien, ¿se consigue?, ¿es escuchada por parte de la Dirección de las diferentes entidades?

Una propuesta de objetivos generales que mejorarían la gestión del siniestro sería la siguiente:

- *Implantar un protocolo de actuación para el seguimiento y gestión de las incidencias escritas y verbales que se reciben en la compañía.*

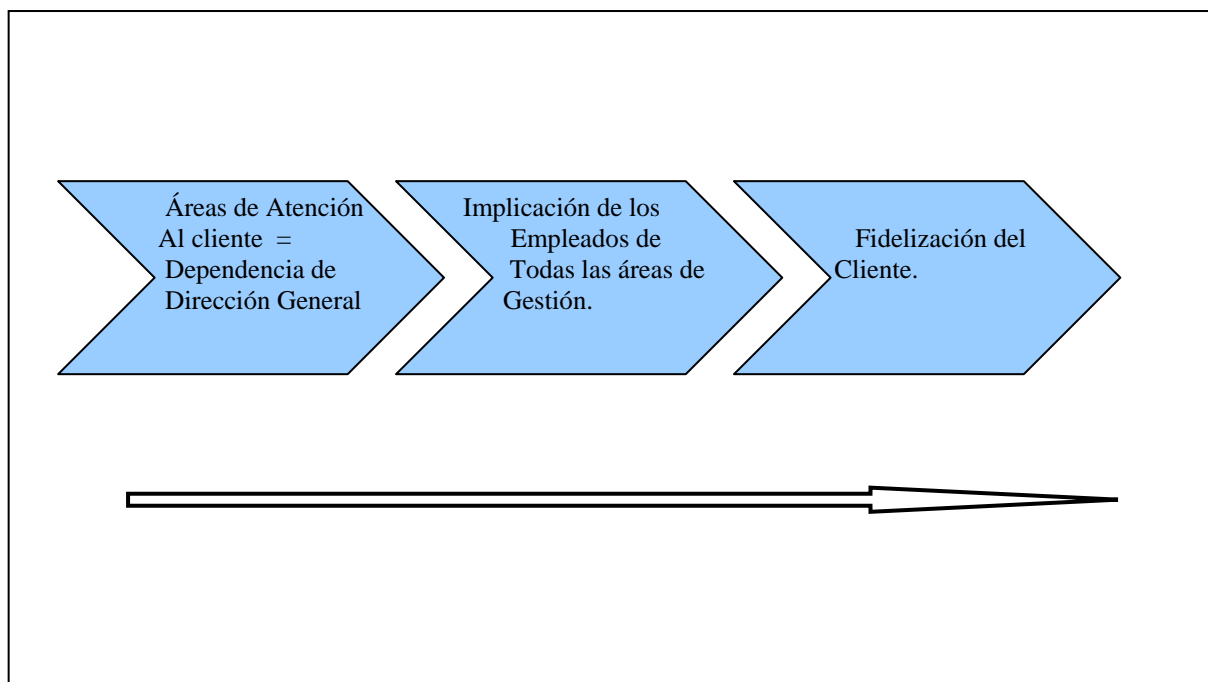
La voz del cliente emana fundamentalmente de las reclamaciones, quejas o incidencias que trasmite a la entidad aseguradora, por tanto perder esta fuente de conocimiento es, sin duda perder el contacto con la realidad que vive el asegurado en el momento de la verdad de todo contrato de seguro, el siniestro.

- *Aumentar la formación y ejercerla de una forma continuada para toda la red comercial de la entidad.*

Conocer realmente los productos que se ofrecen a los clientes y venderlos de forma profesional y adecuada es la gran oportunidad para la fidelización. Una explicación fidedigna sobre las condiciones de la póliza y el ofrecimiento de un producto adecuado a las necesidades del cliente evita el común malentendido entre un contrato de seguro y un contrato de mantenimiento.

- *Creación de una gestión electrónica documental* donde clasificar los escritos de disconformidad recibidos, es básica para el posterior estudio de los mismos.
- *Establecimiento de indicadores y estadísticas periódicos.* Hacer que esta información sea accesible a todas las áreas de la empresa. La implicación de las personas que forman la entidad es fundamental para la consecución de resultados.
- *Imputación de los pagos realizados* a instancias del departamento de atención al cliente, al área afectada por la resolución. De esta manera la idea de responsabilidad en la calidad del servicio se transforma en tangible.
- *Hacer un cercano seguimiento y una supervisión continuada de las empresas de asistencia subcontratadas* que ofrecen los servicios de reparación o tramitación de los siniestros a las diferentes compañías aseguradoras. Entender que éstas son las que tienen relación directa con el asegurado y las que tienen la responsabilidad de ofrecer la calidad que la entidad aseguradora exige para con sus asegurados.
- *Crear comités de calidad que reporten directamente a la dirección general de la entidad.* Entendiendo que la estos comités deben de estar absolutamente integrados en el gobierno de la entidad.
- *Implantar una política de gestión basada en la calidad.* En definitiva trabajar con una filosofía de satisfacción del cliente. La norma ISO 9001 de calidad debería ser una meta a implementar en cada una de las áreas de la entidad.

Hacer de estos objetivos una realidad ayudaría, sin duda alguna, a mejorar la fidelización de los clientes, este hecho redundaría necesariamente en la competitividad que estas entidades desarrollen con respecto a su posición en el mercado; por tanto, concluiremos este apartado afirmando que hoy por hoy, no entender que la calidad en el servicio del sector es uno de los pilares fundamentales del sistema asegurador es perder la oportunidad del futuro mantenimiento de la propia entidad.



#### 4.3 El Defensor del asegurado de las Entidades aseguradoras

La ley 44/2002 de 22 de Noviembre establece una serie de medidas protectoras de los clientes de servicios financieros que además de obligar a las entidades financieras a atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes puedan presentar a través de un departamento de atención al cliente podrán, de forma no obligatoria, designar un defensor del cliente a quien corresponderá atender y resolver los tipos de reclamaciones que determine en cada caso su reglamento de funcionamiento y que tendrá que ser una entidad o experto de reconocido prestigio e independencia.

Vemos por tanto que la figura del defensor del asegurado desde 2002 se establece como una figura no obligatoria.

El defensor del asegurado, al igual que los departamentos de atención al cliente se ven sometidos a la regulación del Ministerio de Economía, tal y como determina esta misma Ley.

¿Cuales son las características esenciales que tiene que observar un defensor del asegurado? Según la Orden Eco/ 734 de 11 de Marzo 2004 sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las

entidades financieras, el defensor deberá seguir estos preceptos fundamentales:

- El defensor actuará con independencia respecto a la entidad y con total autonomía en cuanto a criterios y directrices a aplicar en el ejercicio de sus funciones.
- A tal fin el defensor del cliente será una persona o entidad de reconocido prestigio en el ámbito jurídico, económico o financiero, ajena a la organización de la entidad o entidades a la que presta sus servicios.
- Las decisiones del defensor del cliente favorables al reclamante vincularán a la entidad. Esta vinculación no será obstáculo a la plenitud de la tutela judicial, al recurso u otros mecanismos de solución de conflictos ni a la protección administrativa, siempre que estas instancias se inicien con posterioridad a la determinación del defensor del asegurado, ya que no se aceptará la simultaneidad.

El defensor también dispondrá de un reglamento de funcionamiento que será aprobado por el consejo de administración de la entidad, o en su caso por la dirección general.

Viendo las funciones y obligaciones de un defensor del asegurado, cabe preguntarse cómo se interrelaciona con los servicios de atención al cliente de las diferentes entidades aseguradoras. Esta interrelación también viene definida en esta Orden Eco 734/2004, estableciéndose que en el reglamento de funcionamiento aprobado por la dirección, se establecerán de forma clara y precisa la relación de asuntos cuyo conocimiento, por razón de fondo, cuantía o cualquier otro criterio, se le atribuye al defensor del asegurado de la entidad, así como la indicación expresa de aquellos que no le corresponden y por tanto son competencia del servicio de atención al cliente.

Se podría dar el caso en el que, tanto el defensor como el servicio de atención al cliente, tuvieran atribuido el mismo tipo de reclamaciones, en este supuesto se debería hacer mención expresa en el reglamento de si el reclamante puede acudir en segunda instancia a solicitar el laudo del defensor del cliente, sin perjuicio del plazo de dos meses para dictar una decisión definitiva para el reclamante.

Consultados diversos reglamentos del defensor de asegurado, podemos decir que la práctica habitual de las diferentes compañías aseguradoras es la de establecer una serie de requisitos que definen al defensor del asegurado y el servicio de atención al cliente como excluyentes, esto es, las quejas o reclamaciones tramitadas por uno de los dos sistemas de defensa de la entidad impedirá el poder tramitarla por el otro.

También nos consta, y así queremos mencionarlo, que el hecho de que la Orden ECO 734 de 11 de marzo 2004 establezca la libertad de la entidades aseguradoras para implementar en su organigrama la figura de un defensor del

asegurado, hace que algunas entidades empiecen a valorar la necesidad de la existencia de esta figura, analizando el impacto que pudieran tener el hecho de disponer exclusivamente de un área de atención al cliente, eliminando la figura del defensor.

Es de nuestro interés hacer mención en el presente trabajo de la figura del Defensor del cliente de las cajas de ahorro catalanas.

En 2007 se cumplen 21 años desde que la federación Catalana de cajas de ahorro creó la figura del defensor del Cliente. Esta institución ha crecido en importancia durante este tiempo, prestando un buen servicio a la sociedad al constituir un sistema eficaz de solución extra judicial de conflictos en un tiempo razonable, siguiendo criterios jurídicos y colaborando, indirectamente (como lo hacen todos los Defensores de los asegurados de las diferentes compañías aseguradoras) con la Administración de justicia al evitar procesos judiciales.

Es menester mencionar que todas las cajas de ahorro catalanas están adscritas a la figura de éste defensor además de muchas de las compañías de banca seguros de estas entidades, siendo ya un total de 58 las entidades adheridas al reglamento de éste defensor.

Lógicamente esta figura también esta sujeta a la necesidad de publicar un informe anual que incluya detalladamente su actividad, siendo éste, a diferencia de los de las entidades aseguradoras, de pública consulta.

Vemos por tanto interesante resumir seguidamente los detalles más relevantes de la memoria 2006.

Cuadro de reclamaciones recibidas sobre seguros en 2006, en este cuadro sólo mencionamos los motivos de reclamación que pueden ser más interesantes.

	Total	omisiones	intereses	Otras cláusulas contract.	Calidad	Protección datos	Siniestros
<b>Seguros y fondos de pensiones</b>	<b>196</b>	<b>18%</b>					
Seguros vida	60		1 2%	2 3%	13 21%		32 53%
Seguros daños	76			1 1%	10 13%		61 80%
Fondos pensiones	59	3 5%	2 3%	1 2%	32 54%	1 2%	4 7%
Otros seguros	1				1 100%		

Tabla 1 De Reclamaciones recibidas sobre seguros en 2006 por el defensor de las cajas de ahorro catalanas

Por entidades reclamadas, el total de reclamaciones recibidas en 2006 por este defensor se distribuyen de la siguiente manera:

Entidad	Número
Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona	698
Caja de Ahorros de Catalunya	221
Caja de Ahorros de Penedés	55
Caja de Ahorros de Tarragona	34
Caja de Ahorros Layetana	21
Caja de Ahorros de Sabadell	13
Caja de Ahorros de Terrassa	12
Caja de Ahorros de Manresa	11
Caja de Ahorros de Girona	5
Caja de Ahorros Comarcal de Manlleu	4
Sin identificación	1
<b>Total</b>	<b>1075</b>

Cuadro 12 : Total de Reclamaciones recibidas en 2006 por entidades reclamadas.

Para finalizar con este punto nos parece interesante para el contenido del presente trabajo, plasmar un ejemplo de lo que son los criterios de resolución que se siguen en este Defensor, veamos pues un ejemplo de Laudo: en los anexos se adjuntan otros laudos del mismo defensor (anexo 2):

Resolución de 23.06.06  
Expediente nº xxxxx

**Se decide que la compañía aseguradora abone al cliente la totalidad de una factura de cerrajería por apertura de una puerta bloqueada, dadas las circunstancias del caso.**

La reclamación que presenta frente a la Aseguradora ... trae causa de lo ocurrido el pasado 12.03.06, cuando al intentar entrar en su vivienda, encontró que la cerradura estaba bloqueada, por lo que tuvo que llamar a un cerrajero de urgencias que le desbloqueó la puerta y le pasó una factura de ...€.

Dicha aseguradora le abonó sólo...€ por este siniestro y UD. Solicita que le abonen el resto, hasta los ...€ facturados.

La Aseguradora... al cumplimentar el traslado que se le confirió para que formulase alegaciones, aduce que en el condicionado general de la póliza suscrita por UD., el cual reconoce recibido en el propio documento, en el capítulo VIII grupo de garantías de asistencia – apartado B, punto 1.3 estipula:

**1.3Cerrajería urgente** en los caos en los que el asegurado no pueda entrar en la vivienda asegurada por cualquier hecho accidental como (...), la Entidad aseguradora enviará, con la mayor prontitud posible, un cerrajero que realizará la reparación de urgencia necesaria para restablecer el cierre y la apertura de la vivienda. La Entidad aseguradora se hará cargo no sólo del desplazamiento, sino también de los de mano de obra para la apertura de la puerta (...)

Añade la aseguradora que además del Condicionado General, también le entregó *“la tarjeta identificativa del servicio de asistencia con su correspondiente número de teléfono”*

En base a esos pactos contractuales la compañía deniega el pago de la factura antes aludida, si bien, como se ha dicho, abona...€, informando a UD. Que *“dicha cantidad corresponde al coste del servicio de cerrajería que presta exclusivamente nuestra empresa de asistencia”*

*Analizados todos estos datos y circunstancias con un criterio de equidad, invocando como principio inspirador de la actividad del Defensor en el art. 2 de su Reglamento, cabe concluir que exigir al cliente el cumplimiento estricto de lo previsto contractualmente resulta excesivo dadas las circunstancias, objetiva, de una imaginable urgencia de acceder al interior de la vivienda, subjetiva, de ansiedad por esclarecer inmediatamente qué había pasado y con qué consecuencias.*

*Por ello decido que la aseguradora le abone en su cuenta...€, diferencia entre la factura de ...€ presentada por UD. Y los...€ que aquella ya le ha ingresado.*

Queda resumida en esta resolución seleccionada el carácter tuitivo de la interpretación del Defensor del cliente de las cajas de ahorros catalanas, su misión de protección del asegurado , no sólo exigiendo la correcta aplicación de las cláusulas de los condicionados de seguros, sino yendo más allá en su intervención, detectando aquellas cláusulas que pueden ser lesivas para los derechos del asegurado, cuando su aplicación hace dificultosa o ajena al natural proceder en el momento del siniestro.

Entendamos por tanto la utilidad de no aplicar exclusivamente su resolución en el caso en concreto que haya sido tramitado por el cliente, sino usar su reflexión final para modificar aquellas condiciones que conlleven la misma dificultad de seguimiento para los clientes, de esta manera se crecerá en la capacidad de servicio redundando en la calidad del producto ofrecido a la red de distribución de estas cajas de ahorro.

## 4.5 Servicio de Reclamaciones de la DGSFP

El servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones por una parte estudiar detenidamente y dar respuesta a las reclamaciones recibidas en esta Dirección, y de otro servir de instrumento para el conocimiento general del sector asegurador y de Planes de pensiones. Así como para proporcionar directrices útiles a nivel general a los servicios financieros españoles sobre la transparencia y protección de la clientela, vuelve a aparecer el concepto tuitivo de la función aseguradora.

Anualmente, al igual que los servicios de atención al cliente de las entidades aseguradoras y los Defensores de los asegurados que hemos tratado en capítulos anteriores, este servicio de la DGSFP tiene la obligación de publicar un informe anual sobre la actividad desarrollada en la anualidad anterior.

En la información estadística que ofrece este informe se detalla en cifras la actividad realizada por el Servicio de reclamaciones distinguiendo entre expedientes en materia de seguros, planes de pensiones, mediación, y comercialización de seguros y planes de pensiones por entidades de créditos, apartado este último que estudiaremos especialmente, dada la perspectiva de operador de banca seguros que impregna el presente trabajo.

### 4.5.1 Organigrama y Funcionamiento

El servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tiene como misión atender y gestionar las consultas, quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de los servicios Financieros de las entidades aseguradoras y de las entidades gestoras de los fondos de pensiones, así como por la actividad de los mediadores de seguros y por las entidades de crédito en relación a la comercialización de seguros y planes de pensiones.

Para desarrollar correctamente estas funciones, el servicio de reclamaciones está dividido en dos unidades: una de Gestión y otra de Resolución, unidad esta última que a su vez está dividida en cuatro áreas en función de la materia que se trate.

Veamos un diagrama que nos muestre esta estructura:

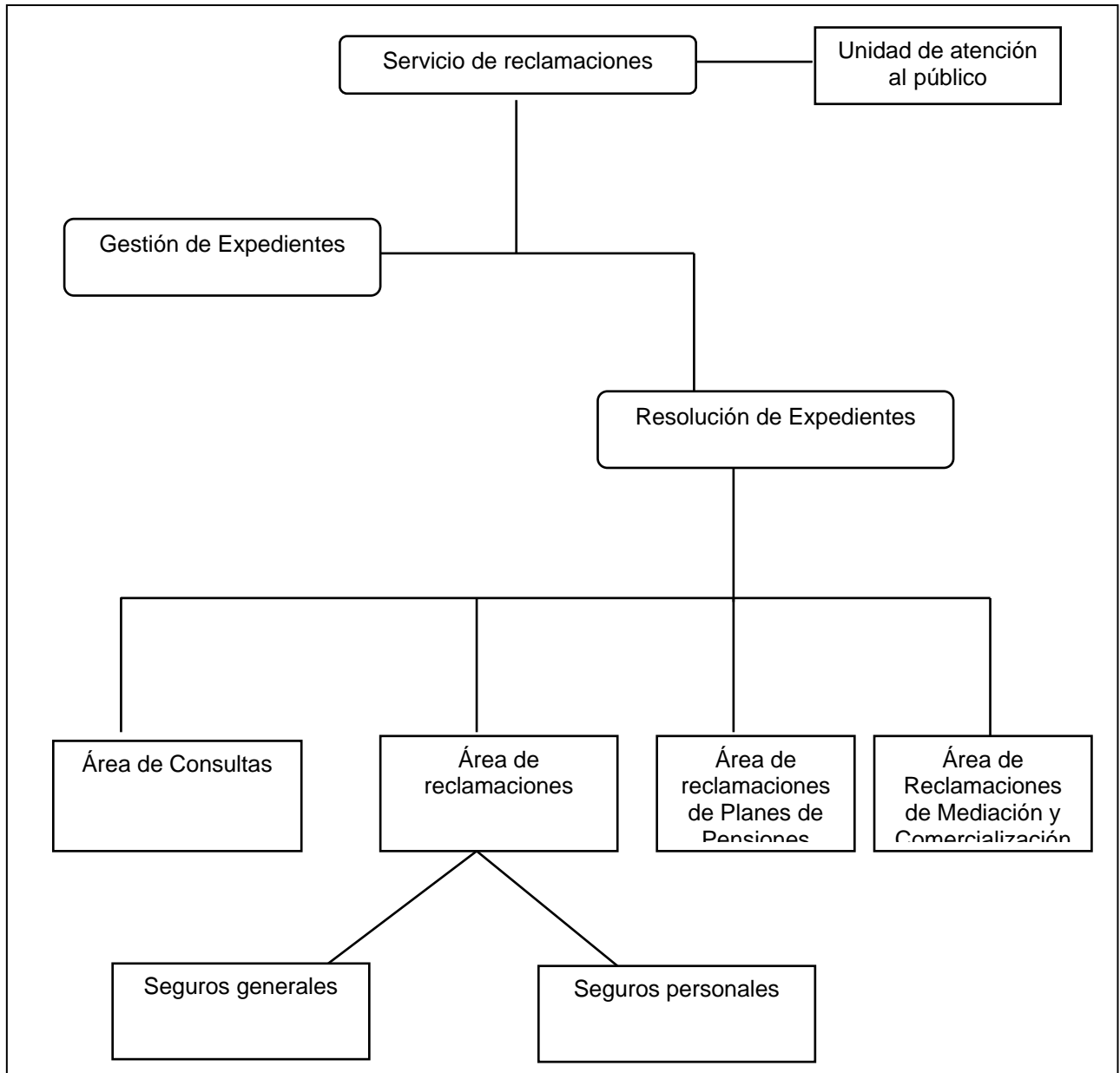


Diagrama 2: Estructura de funcionamiento del Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.

La unidad de gestión de Expedientes tiene por finalidad verificar si el servicio de reclamaciones es competente y si los requisitos formales establecidos por la normativa hacen que la reclamación o queja sea susceptible de ser atendida. Así mismo este departamento, en el caso de ser aceptada a trámite, inicia el procedimiento, comunicando la aceptación al asegurado así como enviando un escrito a la entidad aseguradora afectada para que proceda a presentar las alegaciones sobre el hecho en cuestión.

La unidad de Resolución de Expedientes, distribuye al área correspondiente de estudio y resolución el escrito del asegurado.



El Área de Consultas tiene como función asesora a las demás áreas de gestión así como emitir informes de contestación a los usuarios de los servicios de Seguros y Planes de pensiones.

Por último el organigrama se completa con la unidad de Atención al Público, unidad encargada de la atención personal y telefónica de los ciudadanos que si dirigen directamente a la DGSFP a formular sus consultas o dudas sobre Seguros generales y Personales.

#### 4.5.2 Aspectos Estadísticos más relevantes

A continuación hemos seleccionado los datos estadísticos que consideramos más relevantes del informe de reclamaciones 2006. En primer lugar veremos las cifras relativas a los expedientes presentados, en este punto no nos extenderemos ya que consideramos oportuno profundiza más detenidamente en lo que son las causas de las reclamaciones así como en las materias afectadas y sobre todo en las recomendaciones que se hacen públicas desde este organismo para el bien común del sector.

El número de los expedientes iniciados en el periodo 2004 a 2006 es el que sigue a continuación:

	2004	2005	2006
Totales	4.615	4.823	4.829

Cuadro 13 : Número de Reclamaciones tramitadas 2004/06

Este cuadro contiene la cifra total de consultas, quejas y reclamaciones en materia de seguros, Planes y Fondos de pensiones, mediación y comercialización por entidades de crédito, presentadas en el servicio de reclamaciones durante el año 2006 y los dos anteriores.

El total de los escritos presentados durante 2006 fue 4.829 por lo que apenas ha habido variación con respecto al año anterior (4.823). Concretamente en el año 2005 la cifra se ha elevado tan sólo en 6 expedientes en términos absolutos, lo que supone únicamente un 0.12 % de aumento.

La media de expedientes presentados por mes es de 402, con una desviación típica de 53 frente a la de 70 del año anterior, lo que significa que la distribución de los mismos a lo largo del año se ha hecho más uniforme. Diciembre es el mes con menos escritos presentados.

Veamos cual es la evolución clasificada por tipos de reclamaciones iniciadas:

	Seguros	Planes	Mediadores	Banca Seguros	consultas	Quejas	Sin admisión	Total
<b>2006</b>	2702	108	16	58	142	46	1.757	4.829
<b>2005</b>	2758	91	23	16*	181	31	1.723	4.823

Cuadro 14 : Evolución clasificada por tipo de reclamaciones recibidas.

\* La DGSFP comenzó a tramitar reclamaciones referentes a banca seguros en la segunda mitad de 2005, motivo de la importante diferencia en reclamaciones recibidas sobre este canal entre los años 2005/06.

Del total de 4.829 expedientes iniciados, 2.884 es decir aproximadamente el 60% son expedientes que por cumplir los requisitos formales previstos han dado lugar a un procedimiento de reclamación habiendo sido presentados por los interesados con la pretensión de obtener de una entidad aseguradora implicada la restitución o reparación de un interés o derecho.

Podemos concluir que en el año 2006 no se han producido variaciones significativas con respecto a los datos de 2005, manteniéndose la tendencia iniciada en 2004 de ser mayor el número de expedientes admitidos por éste servicio de reclamaciones que el de aquellos escritos que no dan paso a la formalización de un expediente por no cumplir algunos de los requisitos formales.

La Dirección general de Seguros pone claramente de manifiesto que no podemos considerar esta cifra satisfactoria por tratarse de una cifra muy elevada, hecho que se debe de tener muy presente en el sector, como señal de alerta en cuanto a la calidad ofrecida a sus asegurados.

En el análisis de los expedientes resueltos en 2006, veremos el número de reclamaciones tramitadas y las no admitidas a trámite, así como las causas más frecuentes de inadmisión de un expediente.

## Análisis de expedientes resueltos en 2006

Reclamaciones	Número	Totales	%
<b>Reclamaciones</b>		<b>3.351</b>	<b>62,63</b>
Informe favorable a la entidad	1.333	<b>39,77</b>	
Informe favorable al reclamante	1.065	<b>31,78</b>	
Informe remisión al trámite pericial	478		
Informe remisión al órgano judicial (pruebas)	222		
Otras formas de terminación: Finiquito , desistimiento	205		
Informe asuntos sub judice	48		
<b>Escritos no admitidos</b>		<b>1.757</b>	<b>32,84</b>
No cumple requisitos para abrir expedientes	1.494		
Solicitud ampliación información	91		
No competencia Servicio reclamaciones	78		
Otros	94		
<b>Total reclamaciones</b>		<b>5.108</b>	
Resolución de Consultas		<b>196</b>	<b>3,67</b>
Resolución de Quejas		<b>46</b>	<b>0,86</b>
		<b>5.350</b>	<b>100,00</b>

Cuadro 15 : Análisis expedientes tramitados por DGSFP en 2006

La información sobre los expedientes resueltos por el servicio de reclamaciones durante el año 2006, se refiere a los expedientes que fueron terminados durante este año, independientemente de que se iniciaran en el año 2006 o el anterior.

Hay que destacar que la cifra total de expedientes terminados por el servicio de reclamaciones durante el 2006 se eleva a 5.350 lo que supone un incremento del 21% con respecto a la cifra global del año anterior. De ellos 3.351 corresponden a expedientes que han concluido con la emisión de un informe final, lo que supone aprox. un 63% del total de expedientes tramitados y un incremento del 34% con respecto al año anterior, de aquí la lógica advertencia de este organismo al sector asegurador, donde se pone de manifiesto tanto el gran volumen de reclamaciones que se tramitan anualmente como el importante incremento anual que se observa.

Es de nuestro interés hacer especial mención al porcentaje de reclamaciones resueltas a favor del reclamante. Del total de 31,78% resueltas a favor del reclamante, un 15,5 % terminaron de forma anticipada por allanamiento de la entidad a las pretensiones de éste, esto es, que en el momento que interviene la dirección general de seguros en la resolución de la reclamación, la entidad a la que se le reclama reconoce que las pretensiones del asegurado eran fundamentadas. Esto pone en relieve que existe un deficiente funcionamiento de las instancias de reclamación de las entidades, que únicamente acceden a las pretensiones del cliente, aún teniendo éste la razón, si interviene el órgano supervisor.

La reducción de este porcentaje de allanamientos se convierte en un objetivo del éste servicio de reclamaciones.

Las reclamaciones remitidas al trámite pericial del art. 38 de la LCS representa un 14,26 %, estas reclamaciones plantean controversias cuya resolución requiere la valoración por expertos con conocimientos especializados en la materia de que se trate, por lo que el servicio de reclamaciones omite un pronunciamiento expreso.

La terminación de expedientes con la conclusión de que debe de ser un órgano judicial el que determine los hechos por falta de pruebas supone el 6,62% del total de reclamaciones resultas. Esta forma de resolución se debe a reclamaciones que plantean controversias sobre determinados hechos cuya prueba únicamente puede ser realizada en vía judicial.

En cuanto a los escritos no admitidos por incumplimiento de requisitos, se eleva a 1.757, lo que representa el 32,84% del total de expedientes resueltos. No entraremos en detallar los motivos exactos por los que son inadmitidos, ya que estos se atienen a la normativa ya tratada en capítulos anteriores, como pueda ser la necesidad de haber acudido previamente a las instancias de reclamación establecidas en las entidades contra las que se dirigen, falta de datos suficientes, falta de concreción o falta de competencia del servicio de reclamaciones u otros.

Es un objetivo de éste servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros que la cifra de expedientes no admitidos siga disminuyendo.

## Reclamaciones de seguros 2006 clasificadas por Ramos o agrupaciones de Ramos

Ramos o Agrupaciones	Número	% S/Total
Multirriesgos	999	36,97
Vehículos	583	21,58
Vida	364	13,47
Enfermedad	196	7,25
Defensa Jurídica	123	4,55
Decesos	122	4,52
Responsabilidad Civil General	110	4,07
Accidentes	99	3,66
Asistencia	82	3,03
Pérdidas Pecuniarias diversas	24	0,89
<b>Total</b>	<b>2.702</b>	<b>100,00</b>

Cuadro 16 : reclamaciones recibidas por DGSFP 2006 clasificadas por ramos.

El cuadro anterior contiene las cifras de los ramos que han sido objeto de mayor número de reclamaciones iniciadas en el año 2006. Como se puede ver, entre los ramos más reclamados se encuentran relacionados con los de Multirriesgo, vehículos, vida, enfermedad y defensa jurídica.

Dentro del seguro de Daños, en especial Hogar y comunidades de propietarios, han sido los que mayor número de reclamaciones han generado durante 2006, representando casi el 37% del total de reclamaciones de seguros.

Automóvil y Vida aparecen en segundo y tercer lugar de los más reclamados.

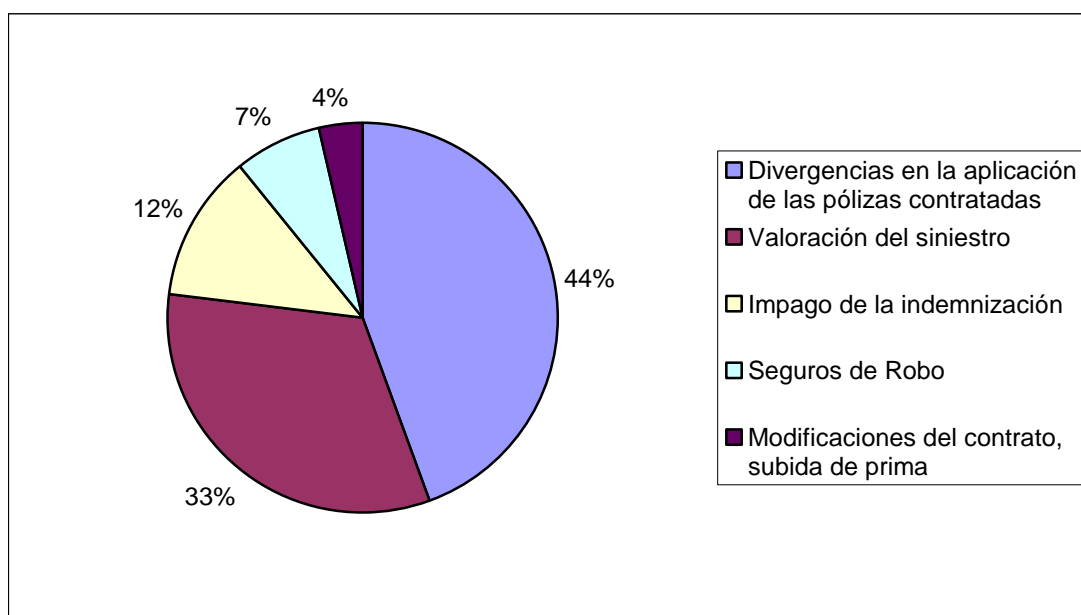


Gráfico 3 : Motivos de reclamación de los seguros Multirriesgo.

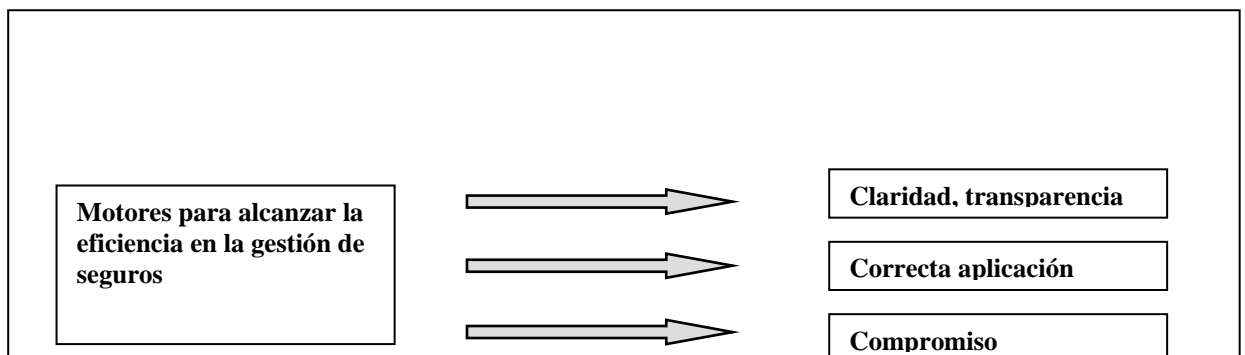
Las reclamaciones de Incendios y elementos de la naturaleza y otros daños a los bienes son los que mayor número de reclamaciones han generado, los motivos son principalmente divergencias en la interpretación y aplicación de la póliza, la valoración del siniestro, y por incumplimiento de la prestación garantizada y las modificaciones del contrato sin previo aviso, en especial al los aumentos de prima (siendo éstas comunes a todos los ramos).

También se señala el elevado número de reclamaciones relacionadas con la cobertura de Robo, centrándose las discrepancias en determinar si el siniestro tiene la calificación jurídica de Robo o Hurto.

Este hecho debería obligar a las entidades aseguradoras a revisar las definiciones que sobre estas garantías hacen en sus condiciones generales y particulares, y la aplicación que se hace de ellas.

Del análisis de estos datos podemos extraer que la interpretación y aplicación de las pólizas es uno de los talones de Aquiles de las entidades aseguradoras, de ahí la importancia que tiene el conocer, entender y aplicar el art. 3 de la LCS, estudiado en el apartado 2 , punto 2.1 del presente trabajo, cláusulas delimitativas, limitativas y lesivas.

El buen hacer por parte de las entidades aseguradoras en este sentido es fundamental para que la imagen social del sector mejore en beneficio de todos, reduciéndose así necesariamente el número de reclamaciones relacionadas con la gestión del siniestro. Reiteramos que la buena práctica del sector se inicia en la transparencia y claridad de sus contratos y condicionados motivo por el que iniciábamos el presente trabajo con el axioma **In claris non fit interpretatio**, considerando que la aplicación de esta verdad incuestionable, aún siendo asignatura pendiente en el sector, debe de ser objetivo común, motivo por el que nos inspiramos en ella.



#### 4.5.3 Prácticas de mercado

El informe anual de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones termina con un capítulo dedicado a las prácticas de mercado detectadas durante el año a través del estudio de las reclamaciones recibidas y tramitadas, en él se contienen algunas de las prácticas detectadas

por este servicio de reclamaciones, todas ellas están basadas en los motivos de las reclamaciones resumidos en el Cuadro nº 15.

Estas actuaciones habituales en el mercado asegurador no se ajustan a las buenas prácticas y usos financieros que tendrían que regir; para el control de éstos usos , ya desafortunadamente normalizados, se ha creado en la DGSFP una unidad especializada en el análisis y alcance de los mismos para su especial valoración.

Es por este motivo por el que consideramos de alto interés conocer de que actuaciones se trata, información que nos facilita el siempre recomendable auto análisis proactivo, que debe ir encaminado a evitar que las normas de actuación vigentes en la actividad de nuestra entidad vayan en dirección contraria a las recomendaciones dictadas por la DGSFP y las propias necesidades de transparencia y servicio debidas a nuestros asegurados.

Estos serían algunos ejemplos:

### **1. Seguros de Vida**

- Contratos de seguros ligados a préstamos hipotecarios.

Imponer la suscripción de un seguro de vida y/o de hogar con una entidad aseguradora concreta, como condición a la concesión de un préstamo hipotecario u otra operación.

-Exigencia de una prima única en la contratación de seguros de vida ligados a préstamos hipotecarios.

-Concesión de un préstamo hipotecario vinculado a la contratación de un seguro de vida sin su consentimiento.

### **2. Seguros de automóvil**

-Condicionamiento a la contratación de otros seguros (sobre todo en casos de menores de 25 años)

-Convenios de liquidación de siniestros entre entidades

En el caso de los terceros perjudicados en un accidente de circulación, por aplicación de los convenios celebrados entre entidades aseguradoras, la peritación y valoración de los daños se realiza por la entidad del perjudicado. En estos supuestos, la entidad le aplica limitaciones establecidas en su póliza para la cobertura de daños propios, cuando el asegurado debe de ser indemnizado como un tercero, y por tanto ser resarcido en la totalidad del daño sin aplicar los límites que disponga su propia póliza de seguro.

Esta práctica es estudiada con detenimiento en el punto 4.2.1.2 resumen de las decisiones dictadas por los servicios de atención al cliente, **la**

**valoración de los daños y el valor venal** análisis que consideramos de máximo interés por el allanamiento de las entidades aseguradoras en el momento en el que se les argumenta el motivo de la mala práctica y la necesidad de indemnizar el total de la reparación a su asegurado sin aplicación de las cláusulas limitativas de su propia póliza de automóvil.

### **3. Seguros de hogar**

-Discrepancias con el valor del siniestro que afectan al asegurado

En los supuestos en los que la discrepancia se centra en determinar si el origen del siniestro está en un elemento privativo o comunitario, las aseguradoras afectadas niegan la cobertura, sobre la base de los informes periciales emitidos. La controversia no se produce entre el asegurado y el asegurador, sino entre dos aseguradoras, la de la comunidad y la de la vivienda, quedando los asegurados indefensos.

### **4. Seguros de asistencia sanitaria y decesos**

-Dificultades de aseguramiento de las personas de mayor edad

Elevación desproporcionada de la prima, en términos, relativos cuando el asegurado alcanza determinada edad.

- No renovación del seguro al asegurado con determinadas enfermedades, o diagnóstico de enfermedades crónicas.

### **5. Contratos de asistencia en viaje**

-En los seguros de asistencia en viaje aparece como tomador el operador mayorista que organiza el viaje, en vez del asegurado que es quien paga la prima. El cliente sólo recibe un resumen de las condiciones generales desconociendo el contenido completo de las mismas.

### **6. Seguros de accidentes y enfermedad**

-Interpretación muy restrictiva del condicionado en el caso de determinadas situaciones como pueda ser la discrepancia de la aseguradora con la determinación del facultativo que haya extendido la baja laboral en un seguro de incapacidad temporal.



## **7. Sobre el procedimiento de liquidación y el pago del siniestro**

-Retrasos en el importe mínimo fijado por la ley del contrato de seguro, artículo 20 LCS, tema desarrollado más extensamente en el punto 2.2 del presente trabajo.

-Cuando en el proceso de determinación de la indemnización se alarga y el asegurado no está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por la entidad aseguradora, sin previo aviso, la entidad ingresa un importe a favor del asegurado en su cuenta corriente, dando por finalizado el asunto.

-Dilaciones injustificadas en los peritajes para la determinación de las causas del siniestro, en casos en los que si no se realiza un peritaje inmediato, el asegurado puede verse seriamente perjudicado.

-Utilización del procedimiento pericial del art. 38 LCS como medida disuasoria para reclamaciones de los asegurados, ya que en ocasiones el importe de los daños es inferior al coste que le supondría al asegurado la contratación de los servicios del perito.

-No cobertura de los desperfectos ocasionados en el objeto asegurado por el propio perito (a través de los reparadores de la Cia.) cuando se determina que el siniestro carece de cobertura.

## **8. Otras prácticas**

-En relación con los mecanismos de protección e información a la clientela.

Falta de información por parte de las entidades aseguradoras a sus clientes sobre los distintos mecanismos de protección existentes en la entidad.

-servicios de atención al cliente que informan a los terceros perjudicados que no están legitimados para hacer una reclamación directamente frente a la entidad aseguradora del culpable del daño puesto que no son clientes de la entidad.

Como conclusión a este capítulo podemos decir que se hace necesario que el sector asegurador utilice el informe anual del servicio de reclamaciones publicado por la DGSFP como instrumento necesario, además de los propios sistemas de calidad establecidos, para la revisión de las propias prácticas en la atención de siniestros y atención a los clientes; la información que se contiene en sus páginas no debe resbalar en la gestión diaria de las entidades de seguro, debiéndose marcar como objetivo necesario la rectificación de la mala praxis que se pueda detectar como inadecuada o abusiva.

Colaborando así en mejorar la transparencia y profesionalidad de un sector que se debe sentir responsable de las implicaciones sociales que conlleva su actuación.

Consideramos que además, este objetivo redundará en la confianza de los ciudadanos y en la fluidez de la contratación de seguros consiguiéndose esto, únicamente, en un marco de una gestión responsable, diligente y respetuosa con la clientela.

#### 4.6 Comisionado para la defensa del asegurado de los servicios financieros.

Aprobado por el consejo de ministros el 20 de febrero de 2004, el real Decreto 303/2004 da luz verde al nuevo reglamento de los comisionados para la defensa de clientes de servicios financieros, comisionados que en fecha de escribir estas letras no han sido nombrados.

*Alude esta norma a “la complejidad que viene alcanzando el mundo de las operaciones financieras y la constante y necesaria mejora de la calidad de los servicios prestados desde el sector financiero”, lo que exige “el sistema se dote de los instrumentos jurídicos y operativos necesarios al efecto de facilitar el oportuno cauce a los clientes de servicios financieros, para que les permita trasladar de manera ágil y eficaz sus consultas, quejas o reclamaciones a la autoridad supervisora de cada mercado”*

Esta protección se plasma en unos órganos de nueva creación, los comisionados para la defensa de los clientes de servicios financieros, comisionado para la Defensa del cliente de Servicios Bancarios, el comisionado para la defensa del Inversor y el Comisionado para la defensa del Asegurado y partícipe de Planes de pensiones, adscritos todos ellos al banco de España, la Comisión nacional de mercado de valores y la Dirección General de Seguros Y Planes de Pensiones.

Siguiendo en prensa durante 2006 y hasta Julio 2007 las noticias relativas a estos comisionados encontramos varias alusiones, como por ejemplo la que sigue, en El Boletín diario de seguros se recogían en pasado 8/11/06 unas palabras de director general de seguros y Fondos de pensiones, Ricardo lozano, señalando que el nombramiento de los tres comisionados para la defensa de los clientes de servicios financieros tal y como estaba previsto en la conocida como ley financiera de 2004, estaba “parado”, las especiales características del comisionado (esquema retributivo, dedicación a tiempo parcial...) estaban dificultando a una persona para desempeñar el cargo, aunque Ricardo Lozano insistió en que lo importante era que los servicios de reclamaciones de los diferentes supervisores financieros (DGSFP, CNMV y Banco de España) funcionaban.

Además, el defensor del pueblo en su informe anual, también hace mención en su informe anual del retraso en el nombramiento de los comisionados aludidos,

citamos textualmente la alusión del Defensor del pueblo en el punto 12.1 de su informe anual 2005:

*“(...) Según el Real decreto 303/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la Defensa del Cliente de los Servicios financieros, la Dirección General de seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y hacienda debería contar con un comisionado para la Defensa del asegurado y del partícipe de Planes de Pensiones, ante el que los usuarios plantearían consultas y reclamaciones.*

*Algunas quejas presentadas en esta institución han venido acompañadas de documentos oficiales del Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, firmados y sellados en el Ministerio de Economía y hacienda. Pues bien, efectuada una investigación informal se ha podido constatar la inexistencia de persona que ostente dicho cargo y ejerza las funciones atribuidas por la normativa.*

*Hasta la fecha de la comprobación de la inexistencia del comisionado, se facilitaba a los ciudadanos información sobre el procedimiento de reclamación según viene establecido en el real decreto 303/2004, de 20 de Febrero, siendo que las funciones de defensa del asegurado las realizaba la Dirección General del seguro y planes ed Pensiones directamente ,no a través del comisionado previsto en la legislación, por lo que los interesados se han visto perjudicados y no han podido plantear sus denuncias (...)*

Especial mención en su memoria 2006, hace a este punto el Defensor del Cliente de las cajas de ahorro catalanas.

*(...) La creación y regulación del funcionamiento de estos comisionados ha producido un apreciable desconcierto entre los clientes, dado que tampoco durante el año 2006 ha sido nombrado ninguno de estos comisionados.*

*Intentando averiguar las razones que hayan podido influir en la falta de los citados nombramientos, creemos que una de ellas sería el informe poco favorable del Consejo de Estado sobre éstas figuras, basado en los propios informes del servicio de reclamaciones del banco de España, de la CNMV y de la DGSFP, donde los comisionados debían estar adscritos orgánicamente.*

*Otra razón que explicaría la inaplicación del decreto regulador de los Comisionados, sería el costo excesivo de infraestructura que podría suponer el cumplimiento de la función de “asesoramiento a los usuarios de servicios financieros sobre sus derechos en materia de transparencia y protección a la clientela, así como los cauces legales existentes para su ejercicio” función que le asigna el art. 24 c) de la ley de Reforma del sistema financiero*

*Por las mencionadas razones, unidas al hecho del prestigio que mantienen los informes de los servicios de reclamaciones del banco de España, de la CNMV y de la DGSFP, sería conveniente que se instara al Ministerio de Hacienda las modificaciones legislativas y reglamentarias que procedan para la supresión de toda referencia a los comisionados, ya que sus funciones esenciales las desarrollan correctamente los servicios de reclamaciones mencionados.*

Visiones contrapuestas la del Defensor del pueblo y la del Defensor de las Cajas de ahorro catalanas, el primero afirma que el cliente de los sistemas financieros está indefenso ante la tardanza en el nombramiento de los comisionados que nos ocupan, en cambio la postura del Defensor de las cajas de ahorro catalanas solicita la supresión de toda referencia a los comisionados del RD 303/04 de 20 de febrero, alegando que los sistemas de defensa puestos al servicio del cliente de servicios financieros por los diferentes organismos ya mencionados son suficientes para atender correcta y profesionalmente sus necesidades.

Es de justicia hacer también mención aquí de la correcta labor que hacen los servicios de atención al cliente y los Defensores de los asegurados de la mayoría de las entidades aseguradoras de nuestro país, hecho que hemos podido comprobar personalmente desde nuestra trayectoria profesional que ya es lo suficientemente larga como para haber visto nacer estas figuras dentro de las compañías de seguro comprobando en multitud de ocasiones la buena labor que desarrollan y la profesionalidad con la que estudian y atienden la reclamaciones y quejas que se le dirigen para su intervención.

## 4.7 Sistemas Arbitrales y oficinas de consumo

### Sistemas arbitrales

Llegados al final de presente trabajo es menester dedicar un capítulo a las competencias que sustentan los sistemas arbitrales y las oficinas de consumo en la defensa de los intereses de los asegurados. SEAIDA es la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros constituida en 1961 como asociación sin ánimo de lucro de carácter independiente cuyo objeto es el estudio del Derecho de Seguros así como de otras materias que afectan directamente a la institución aseguradora.

El TEAS tribunal Español de Arbitraje de Seguros sirve a los fines de SEAIDA proporcionando al sector asegurador la posibilidad de la resolución arbitral de conflictos a través del arbitraje administrado, pone a disposición de los asegurados, por tanto, la utilización de instrumentos de resolución extrajudicial de conflictos de cuantía inferior a 18.000 €.

Consultado el reglamento de este tribunal de arbitraje vemos que para el inicio de un procedimiento de arbitraje se deben cumplir, como es lógico, la cumplimentación de una solicitud donde se recogen una serie de datos; esta solicitud se debe acompañar con el ingreso de una tasa de inscripción y apertura del procedimiento de 200 €, hecho que no deja de sorprender, por considerarse elevada para hacer de este tribunal un sistema de defensa al abasto de todos los ciudadanos, así como para abarcar todo tipos de reclamaciones de forma generalizada. Los plazos que marcan en el reglamento también tienen que considerarse como posible encorsetamiento del procedimiento por lo que la agilidad del mismo se adivina lenta y con excesivos formalismo.

En la memoria de actividades 2006 no se ofrece ningún dato estadístico referente a las reclamaciones tramitadas desde este tribunal, motivo por el que no podemos hacer alusión a ningún tipo de dato en este sentido debiendo manifestarnos sorprendidos ante esta carencia informativa. Este Tribunal, a nuestro humilde entender, debería reducir el coste para su acceso y simplificar sus plazos y normativa, además de darse a conocer de una forma más amplia, para que su función social sea realmente válida. Además de este tribunal de arbitraje especializado en seguros existen sistemas de arbitraje de consumo en las diferentes comunidades autónomas, a los que según hemos sabido no están adheridas prácticamente ninguna entidad aseguradoras, que alegan disponer ya de suficientes sistemas de defensa y reclamación para atender a sus asegurados. En los casos en los que un asegurado se dirija al tribunal de arbitrajes correspondiente a su comunidad y éste se dirija a su vez a la entidad aseguradora, lógicamente ésta deberá responder, para evitar sanciones por un lado y para dar respuesta a su cliente por otro, que lógicamente tiene derecho a dirigir sus reclamaciones a donde considere conveniente.

## Oficinas de información al Consumidor

Tal y como designa su propio nombre, las oficinas municipales de información al consumidor (OMIC's) y las oficinas de consumo de las comunidades autónomas están especializadas en el ámbito del consumo pero no así en el derecho de seguro, este hecho significa que el asegurado que busque en ellas un asesoramiento real sobre sus pretensiones , por lo tanto un asesoramiento en materia de seguros, verá que estas oficinas no son el organismo más adecuado, ni por capacidades, ni por formación ni por experiencia.

El procedimiento que siguen las oficina de atención al consumidor es recopilar toda la información que les traslada el consumidor de seguros y trasladarla a la correspondiente entidad de Seguros , requiriéndole a ésta una respuesta en un plazo estipulado en 10 ó 15 días, y advirtiéndole de las sanciones pertinente en el caso de incumplimiento. Dada la falta de formación de estas oficinas, en el momento de recibir la pertinente respuesta de la entidad aseguradora, no tienen criterio suficiente para saber si la respuesta es completamente correcta o si el cliente estaba exigiendo algún derecho que en realidad no le correspondía, por tanto este trámite se traduce a un procedimiento burocrático sin más profundidad que lo que exponemos, los intereses del cliente no quedan por tanto defendidos. Para evitar que una reclamación presentada por un asegurado a cualquiera de las oficinas de atención consumidor se pierda en una burocracia improductiva, que realmente deja al asegurado en la misma situación en la que se encontraba antes de iniciar el trámite, sería interesante que éstas oficinas, por normativa, exigieran haber dirigido antes su reclamación a alguno de los estamentos de defensa del asegurado de la Entidad Aseguradora contra la que reclama y en caso de que exista o no dicha reclamación, en virtud de la Orden ECO 734/04, redirigir a los clientes al servicio de reclamaciones de la DGSFP o al correspondiente estamento de Defensa del Cliente de la entidad aseguradora .De esta manera estaremos dando una verdadero servicio al cliente.

## 5. Capítulo de Conclusiones

El título del presente trabajo intenta resumir cual es el objetivo del mismo, el carácter tuitivo de la Ley del contrato del seguro, esto es, su afán protector para con el asegurado y la trascendencia que esto debe tener en todo el desarrollo del negocio asegurador. Esta idea viene a confluír con un principio que se impone y al que se le da cada vez más importancia, ésta es, la responsabilidad empresarial para con la sociedad, principio que lejos de encontrarse ajeno al sector asegurador debería tener en él su gran paradigma.

No en vano el seguro, en su origen, vino dado como una forma de ayuda mutua y así sigue siendo. De este modo, incorporar a la empresa de seguros la idea de responsabilidad empresarial -responsabilidad social- simplemente siguiendo los principios tuitivos que marca la norma, lejos de contraponerse con los intereses que tiene el negocio asegurador, vendrá a ser, en un futuro cercano, una necesidad para seguir siendo competitivo, es por tanto redundar en una mejora para la entidad que lo potencie, mejorar su imagen de mercado y la confianza generada a sus clientes, en fidelizar, y en tantas otras oportunidades que ahora a veces se nos escapan.

Hacemos mención en este trabajo a la normativa vigente de protección al asegurado, y vemos que la gran mayoría de esta legislación, o es reciente o está en camino de ser modificada, como la propia Ley del contrato de seguro; este hecho no es casual, es la adaptación a dicha realidad social que no puede serle indiferente, sobre todo a un sector que quiera adecuarse a la realidad donde se mueve como negocio, la realidad española no puede ser menos en este sentido.

Aunque hay compañías aseguradoras que, nos consta, que han tomado decididamente este camino, aún hay mucho por hacer en este sentido, sólo es necesario consultar las memorias de los diferentes departamentos de atención al cliente de las entidades aseguradoras o el informe anual del servicio de reclamaciones de la DGSFP para constatar que hay mucho camino por recorrer, en transparencia y claridad en los contratos son sólo un ejemplo del trabajo pendiente.

Hacer un autoanálisis por parte de cada entidad aseguradora es fundamental para encontrar cuales son las propias carencias y dónde están realmente los puntos de mejora que permitan una evolución hacia un éxito sostenible.

Este es el objetivo del presente trabajo, incidir en la idea de que la innovación y el desarrollo en la empresa aseguradora, hoy por hoy, ya no puede estar alejado del principio de responsabilidad clásico del seguro.



## 6. Bibliografía

Ley 50/80 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

RD 303/2004 por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la Defensa del cliente de los Servicios Financieros (BOE de 3 de Marzo 2004)

Orden ECO/734/2004 de 11 de Marzo sobre los departamentos y Servicios de atención al cliente de las entidades financieras

STS 13/10/06. Ponente Sr. Corbal Fernández “¿se pueden aplicar de oficio los intereses del Art. 20 de la LCS?” Actualidad aseguradora (Febrero 2007)

Ricardo lozano Aragües “La Ley del contrato de seguro veinticinco años después” (octubre 2005) [http:// www.dgsfp.mineco.es/](http://www.dgsfp.mineco.es/)

DGS: junta consultiva para nueva ley contrato de seguro se reunirá en julio” El Economista (junio 2007)

Memoria Defensor del cliente de las cajas de ahorro catalanas 2006

Informe de Atención al Cliente 2006 de Cuatro Entidades Aseguradoras.

Informe del Servicio de reclamaciones 2006 de la DGSFP

Chema Doménech “Responsabilidad Social empresarial ¿la gran desconocida. Perfiles nº 231 (Mayo 2007) Págs. 7-9

Enrique Álvarez y Miguel Ángel López “Valor del cliente y valor para el cliente: todo o nada” , Aseguradora nº 110 (octubre 2006)

Miguel García Laminguero, “¿Es responsable el seguro? Actualidad Aseguradora (Febrero 2007) Pág. 32-33

Ángel Matute “10 preguntas sobre la asistencia al Hogar: La Calidad” Actualidad aseguradora (febrero 2007)

Boletín Diario de seguros 2006/2007

Nuevas exigencias de formación, llegó la Ley. Mercado previsor (Enero 2007)

Juan Ángel López Rouco “Impulsor de la unidad de los peritos y su contacto con los consumidores” Mercado previsor (Enero 2007).

Memoria de actividades 2005/2006 de SEAIDA. Boletín Informativo de SEAIDA nº 108 Julio 2006



Antonio Guardiola Lozano “ El Servicio a la Sociedad, Permanente razón de ser del seguro privado”

Antoni Font Ribas, catedrático de derecho mercantil de la Universidad de Barcelona “Exclusió de cobertura i clàusules limitadores” (Internet)

## Luisa García Martínez

### Experiencia profesional:

Julio 2007 Directora de Prestació de Serveis – Qualitat CaixaSabadell Protecció S.A., Compañía de seguros Generales.

1991/2007 Responsable de Sinistres de Caixa Sabadell Correduría S.A.

1988/1991 “Unión peninsular de Seguros” gestión de siniestros de automóvil

### Formación Reglada:

Diplomatura en Historia por La UAB (por finalizar)

Máster en Dirección Técnica de Seguro del Automóvil. Inese



**COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”**  
Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras  
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

**PUBLICACIONES**

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/20010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L’ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d’Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El PLAN de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: “Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras” 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: “La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca” 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: “Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos” 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: “Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida” 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablanca: “La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro” 2005/2006

- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: "Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos" 2004/2005
- 30.- Isabel Mª Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: "El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giralt: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a BancaSeguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- José Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011
- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2010
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Siniestros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- Mª Carmen Lara Ortíz: "Solventia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005
- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemática del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Víctor Lombardero Guarnier: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008

- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010
- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocio Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Mugerza Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005
- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005
- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarifación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010
- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M<sup>a</sup> del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004
- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007

- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005
- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009
- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011
- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010
- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006
- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Teixidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespí Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009

- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006
- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004
- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifá: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004
- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004
- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema público" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012
- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Customer Experience as a Source of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013



- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013
- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013
- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013
- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013
- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014
- 175.- Albert Llambich Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014
- 181.- Vanesa Cid Pijuan: "Los seguros de empresa. La diferenciación de la mediación tradicional" 2014/2015.
- 182.- Daniel Ciprés Tiscar: "¿Por qué no arranca el Seguro de Dependencia en España?" 2014/2015.
- 183.- Pedro Antonio Escalona Cano: "La estafa de Seguro. Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora" 2014/2015.
- 184.- Eduard Escardó Lleixà: "Análisis actual y enfoque estratégico comercial de la Bancaseguros respecto a la Mediación tradicional" 2014/2015.
- 185.- Marc Esteve Grau: "Introducción del Ciber Riesgo en el Mundo Asegurador" 2014/2015.
- 186.- Paula Fernández Díaz: "La Innovación en las Entidades Aseguradoras" 2014/2015.
- 187.- Alex Lleyda Capell: "Proceso de transformación de una compañía aseguradora enfocada a producto, para orientarse al cliente" 2014/2015.
- 188.- Oriol Petit Salas: "Creación de Correduría de Seguros y Reaseguros S.L. Gestión Integral de Seguros" 2014/2015.

- 189.- David Ramos Pastor: "Big Data en sectores Asegurador y Financiero" 2014/2015.
- 190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.
- 191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.
- 192.- Maria Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.
- 193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.
- 194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.
- 195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.
- 196.- Jesús García Riera: "Aplicación de la Psicología a la Empresa Aseguradora" 2015/2016
- 197.- Pilar Martínez Beguería: "La Función de Auditoría Interna en Solvencia II" 2015/2016
- 198.- Ingrid Nicolás Fargas: "El Contrato de Seguro y su evolución hasta la Ley 20/2015 LOSSEAR. Hacia una regulación más proteccionista del asegurado" 2015/2016
- 199.- María José Páez Reigosa: "Hacia un nuevo modelo de gestión de siniestros en el ramo de Defensa Jurídica" 2015/2016
- 200.- Sara Melissa Pinilla Vega: "Auditoría de Marca para el Grupo Integra Seguros Limitada" 2015/2016
- 201.- Teresa Repollés Llecha: "Optimización del ahorro a través de soluciones integrales. ¿cómo puede la empresa ayudar a sus empleados? 2015/2016
- 202.- Daniel Rubio de la Torre: "Telematics y el seguro del automóvil. Una nueva póliza basada en los servicios" 2015/2016
- 203.- Marc Tarragó Diego: "Transformación Digital. Evolución de los modelos de negocio en las compañías tradicionales" 2015/2016
- 204.- Marc Torrents Fábregas: "Hacia un modelo asegurador peer-to-peer. ¿El modelo asegurador del futuro? 2015/2016
- 205.- Inmaculada Vallverdú Coll: "Fórmulas modernas del Seguro de Crédito para el apoyo a la empresa: el caso español" 2015/2016

