



La situación del seguro en España

Equipo técnico ADICAE

Los seguros en nuestro país han tenido un avance espectacular en los últimos tiempos, aunque falta aún mucho para alcanzar los niveles de los países más desarrollados de nuestro entorno. Los consumidores españoles todavía no perciben los seguros como sinónimo de calidad de vida, que sería su concepto más avanzado, en vigor en el resto de Europa, sino como daño o desgracia y por otro lado, y demasiado habitualmente, no comprenden sus entresijos y complejos formulismos.

Es evidente que una buena parte de la culpa de esta situación la tienen las mismas compañías aseguradoras, por su tradicional falta de transparencia y por la ausencia de una verdadera atención al cliente. La comercialización excesivamente agresiva y escasamente profesionalizada, con la que se han extendido los seguros por España, hacen que el asegurado sea algo así como un incauto al que hay que colocarle, como sea, cualquier tipo de producto, le convenga o no. Igualmente, en seguros de daños como el del automóvil, el usuario es, para las compañías y en demasiadas ocasiones, un «defraudador» nato contra el que tienen que defenderse. Esta situación, perjudicial tanto para las compañías como para los clientes, debe superarse, dando paso a un concepto de venta, producto y atención al cliente más moderno y acorde con la importancia que el sector tiene para la vida de las personas y para la economía.

Los seguros en España deben avanzar mucho más allá, en marketing y en transparencia. Los tímidos intentos de algunas compañías al establecer voluntariamente el Defensor del Asegurado, figura muy útil (pero solo respecto al marketing empresarial) no han hecho sino plantear el problema de la transparencia y la satisfacción de la clientela en los seguros. Pero, para la adecuada protección de los intereses de los asegurados, se debe poner en marcha un sistema ágil y eficaz de resolución de conflictos, como es el Sistema Arbitral de Consumo, del que nuestra revista se ha ocupado frecuentemente.

Los distintos tipos de seguros

La sociedad actual tiene un ritmo acelerado, lo que multiplica los riesgos que amenazan nuestra salud, nuestra vida, nuestro patrimonio o nuestra renta. Junto a esto, el hombre actual aspira irre-

mediablemente a la seguridad y a la previsión del futuro de la manera más exacta posible, por lo que la propia sociedad ha creado un mecanismo para distribuir las consecuencias económicas de cualquier siniestro, sobrevenido de improviso o previsible, entre todos los que tienen un mismo riesgo y quieren afrontarlo colectivamente. Este mecanismo son los seguros, que, como sabemos, hoy en día aseguran hasta lo más inverosímil. Pero, ¿cómo aseguran los seguros?

Seguros de vida

El seguro de vida consigue aunar ahorro con previsión, a la vez que un elevado grado de solidaridad, mediante la colectivización del riesgo, por medio de las primas que paga todo el colectivo que financia las necesidades derivadas de un fallecimiento o la longevidad. También es instrumento de previsión que puede sustituir a los fondos de pensiones, ya que al ser más flexibles en cuanto a aportaciones, coberturas y plazos, garantizan un interés y participación en los beneficios, los valores de rescate son conocidos y los gastos imputables permanecen inalterables.

En el seguro de vida, no hay límites al elegir el capital asegurado en la póliza, aunque debemos asegurar un capital cuyo mantenimiento no nos obligue a replantearnos la continuidad del seguro. Al suscribirlo, se debe establecer una cláusula de revalorización

automática del capital, que nos permita, en todo momento, mantener el capital en el mismo nivel adquisitivo que cuando lo elegimos.

Además, también es posible incluir en la póliza otras coberturas como la invalidez absoluta y permanente, y doble capital por muerte en accidente (o triple, si es de circulación).

Como características peculiares de los seguros de vida, destacan la inembargabilidad y la indisponibilidad. Esto es, el dinero debe entregarse al beneficiario del seguro, pese a reclamaciones de herederos legítimos o acreedores, y que transcurrido un año desde la formalización del seguro, el beneficiario no podrá impugnarlo.

La suscripción de estos seguros de vida para caso de muerte, y una cobertura complementaria para caso de invalidez, nos permite dar una estabili-



dad y seguridad a la familia, capaz de solucionar o remediar la problemática económica que acarrea una muerte o una invalidez, siendo ésta la misión que tiene el seguro de vida.

El seguro de vida, para caso de supervivencia

El riesgo asegurado por el seguro es la propia vida. Es decir, se paga al beneficiario una renta o un capital en el supuesto de sobrevivir a una fecha determinada. Estas prestaciones a veces permiten mejorar o mantener las condiciones de vida para el caso de llegar a una edad determinada. Dentro del mismo, diferenciamos entre el seguro de capital y el de renta.

En el seguro de capital, la compañía abona una cantidad de dinero al beneficiario del seguro en el supuesto de sobrevivir a una fecha determinada en el contrato, en la cual finaliza el mismo. Tiende a completar las cantidades obtenidas por jubilación mediante un capital extra. En el segundo tipo, el seguro de renta, al beneficiario se le paga por parte del asegurador una renta desde la jubilación hasta el día de su fallecimiento. También tiende a completar la jubilación, pero entendemos que es más beneficioso para ese fin el seguro de renta vitalicia.

Las cantidades abonadas por la compañía de seguros al beneficiario consisten en una renta hasta el fallecimiento del asegurado, a diferencia del de capital que consiste en el abono de una suma de dinero en una sola vez al sobrevivir la fecha pactada en el contrato.

La modalidad de seguros mixtos y de jubilación tienen por finalidad formar un ahorro. En este tipo de seguros se garantiza, por un lado, el pago inmediato de un capital al beneficiario en caso de que el asegurado fallezca antes del vencimiento del contrato, y por otra parte, el abono de un capital o una renta al asegurado-beneficiario si sobrevive al vencimiento del contrato.

El riesgo asegurado será la muerte: El beneficiario percibe una cantidad de dinero cuando se produce el riesgo asegurado, es decir, la muerte del asegurado. Dentro de él, diferenciamos entre el seguro de vida entera, el seguro de vida temporal y el seguro de deceso, y dentro del seguro de vida temporal podemos distinguir entre el seguro anual renovable, el temporal constante y el temporal decreciente.

1°.- Seguro de vida entera: El beneficiario percibirá después de que se haya producido el fallecimiento del asegurado, el capital fijado en la póliza. Cubren un capital en caso de muerte y dura toda la vida, permitiendo recuperar el dinero mediante rescate.

2°.- Seguro de vida temporal: Es el más utilizado por aquellos que quieren proteger a su familia mediante una indemnización de un capital en caso de fallecimiento del asegurado, durante el período de vida laboral o durante un período de ella en que las necesidades económicas de la familia son muy altas. Como el riesgo de fallecimiento es muy bajo en los

años activos, esto puede suponer pagar unas primas muy bajas. Si el asegurado sobrevive al período de vigencia del contrato de seguro, el seguro de vida pierde su validez y queda cancelado sin percibir ninguna cantidad. Sus variedades son:

- Seguro temporal anual renovable: Dura solo un año, y se renueva anualmente si las dos partes contratantes no denuncian el contrato, subiendo las primas cada año.

- Seguro temporal constante: La cobertura del capital es constante y también la cuantía anual de la prima. En lo referente a la duración, es a la elección del tomador, oscilando entre uno y treinta y cinco años. Cuando finaliza el plazo temporal de vigencia del seguro, si no ha fallecido el asegurado, las primas pagadas no se recuperan.

- Seguro temporal decreciente: Es interesante para quienes contraten un crédito hipotecario y no quieren suscribir el seguro, que les ofrece banco, o para quienes ya estén pagando un préstamo y no tengan seguro. Con este tipo de seguro, se asegura que en caso de muerte, la aseguradora paga un capital igual al préstamo.

3ª Seguro de decesos: Cubren los gastos de funeral y de entierro

Seguros de automóvil

Elegir un seguro para nuestro automóvil, no es una tarea fácil, por el maremagnum de ofertas y compañías que existen en el mercado. El aspecto fundamental suele ser el precio, aunque no debe ser el único, ya que no todas las compañías ofrecen los mismos servicios y homogeneizar el precio de las pólizas puede llevar a equívocos. Lo siguiente sería considerar qué tipo de póliza necesitamos. Normalmente, se opta por los seguros a todo riesgo cuando se trata de vehículos nuevos o de gran valor.

Para el resto de casos, es aconsejable tener solamente el seguro obligatorio de responsabilidad civil a terceros, complementado con alguna cláusula adicional para casos de incendio o robo. Otros aspectos no menos importantes, serían el sistema de "bonus-malus" que aplica la aseguradora (que nunca suele ser simétrico, esto es, que no suba o baje en la misma proporción) o incluso, la zona geográfica donde se contrata.

Tres son los tipos del seguro del automóvil: el obligatorio, el voluntario y el de todo riesgo. El primero es el más utilizado debido a la obligatoriedad que la ley establece de contratar, al menos, un seguro para poder circular con un vehículo de motor. Este nace para cubrir la responsabilidad civil, en daños materiales como corporales causados a terceras personas y con él, la aseguradora se compromete, mediante el cobro de una prima, a satisfacer las indemnizaciones por daños de las que fuera responsable el asegurado.

La modalidad conocida como "seguros a terceros" suele incluir las coberturas "responsabilidad civil obligatoria", "responsabilidad civil voluntaria (ilimitada)", "defensa jurídica y reclamación", "asistencia en viajes" y "seguros de los ocupantes".



También se añaden, en ocasiones, la rotura de lunas, la cobertura en el Km. 0, o la indemnización por privación de carnet. Destaca que ninguna compañía ofrece un seguro con las coberturas mínimas, las obligatorias, sino que llevan a los usuarios a contratar un paquete de las mismas, consiguiendo encarecer la prima a pagar.

Seguros voluntarios, y a todo riesgo

Se basa en la redacción de una serie de condiciones por parte de la compañía de seguros, que de ser aceptadas por el cliente se convierten en un complemento del seguro obligatorio, complemento que se puede resumir de la siguiente manera: ampliación de la cobertura de responsabilidad civil (llegando, normalmente, a ser ilimitada), defensa y reclamación de daños (la defensa del asegurado se garantiza, en causa penal, con todos los gastos de abogados, procuradores, etc, que no sean sanción personal), daños al vehículo asegurado (incluye todos los daños que se le originen al vehículo, al margen de la responsabilidad de terceros), robo (se indemniza al asegurado en caso de sustracción de su vehículo), garantías complementarias (incendio, rotura de lunas, asistencia en viaje,...), riesgos extraordinarios (que se indemnizaran por el Consorcio de Compensación de seguros, siempre que se haya pagado la prima correspondiente a dicho organismo en el recibo anual), y el seguro de ocupantes.

El seguro a todo riesgo, las principales coberturas son los daños propios y la pérdida del vehículo por incendio o robo, aunque casi ninguna compañía incluye reposición del 100 % del valor del vehículo, cuando pasa los dos años de edad. Aquí hay que tener muy en cuenta las circunstancias personales del conductor, pues en atención a ellas, se establece la prima a pagar (influyen, por ejemplo, la edad y la antigüedad del carnet)

Seguros del hogar

El seguro multirisgo del hogar se define como el que aglutina, en nuestro país, a las cinco ramas del seguro que cubren las contingencias que pueden ocurrir en una vivienda: incendio, robo, agua, cristales y responsabilidad civil. Tres tipos de pólizas, que cubren distintos riesgos.

Las pólizas pueden ser de tres tipos: "paquete", que conlleva la obligación para el asegurado de contratar todas las garantías previstas, aunque no tenga necesidad de cubrir alguno de los riesgos; "bloque", que supone la obligación de contratar un

bloque de garantías llamadas básicas, y opcionalmente otras coberturas que sean necesarias; y la "flexible", que permite la contratación de una o dos coberturas, es decir, aquellas que interesan puntualmente a cada usuario.

Mientras los riesgos básicos se suelen cubrir al 100 % del capital asegurado, a los complementarios se les aplican cantidades fijas o porcentajes, según la cuota que se quiera pagar. Si se usan porcentajes, se emplea la llamada "Regla proporcional", y si se usan cantidades fijas, se aplica la cobertura llamada "a primer riesgo". La primera consiste en que si el capital asegurado es inferior al real, al tener que indemnizar, ésta se verá reducida en la misma proporción que exista entre los capitales (si sólo se asegura el 60 % del valor, sólo se nos indemnizará con el 60 %). Con el "primer riesgo", la aseguradora indemniza hasta la cantidad indicada, y caso de que el importe que supone el siniestro sea superior, ya sólo se cubre con un porcentaje.

Agentes de seguros y Corredores de Seguros

Los agentes de seguros son intermediarios que sólo trabajan para una compañía y no pueden recomendar más que los productos de ésta. Sin embargo, los corredores de seguros son unos profesionales cualificados que tienen una titulación especial del Ministerio de Economía y Hacienda; para obtener el título tienen que presentar su propio plan de empresa. A diferencia de los agentes de seguros, pueden trabajar con todas las aseguradoras, comparar distintos seguros y ofrecer al consumidor el seguro de la compañía más adecuada para su caso, según su criterio.

Por el servicio prestado, tanto el corredor como el agente reciben una comisión de las primas que ya viene así establecida por las compañías; cuanto más cara sea la prima, mayor es la comisión que se llevan, aunque en el caso de los agentes de seguros no debería servir para incrementar el importe de la prima.

PRINCIPALES PROBLEMAS EN LOS SEGUROS

Reclamaciones cotidianas en los seguros

Falta un sistema eficaz y amistoso de resolución de conflictos. Cada ramo del seguro que acabamos de ver presenta una problemática específica, aunque también existen problemas comunes a todos ellos. En la actualidad, no hay un sistema rápido y



fácil para solucionar los conflictos surgidos entre asegurados y aseguradora y el usuario, a menudo, desconfía de la aseguradora. Este recelo, sin duda, desaparecería si existiese un método práctico y amistoso para solucionar estos problemas y que garantizara la transparencia de los productos de seguros.

Problemas comunes a todos los seguros

La venta agresiva de seguros, ya sea a través de agentes escasamente formados y semiprofesionales o a través de los empleados de sucursales bancarias, provoca un problema común a los consumidores consistente en llevarles a contratar seguros que, o bien no necesitan o tienen cubiertos con otras pólizas. Las relaciones clientes/aseguradoras, bajo sospecha. Además, esta forma de venta (más bien de «endo-so»), suele ir acompañada de una falta de información al usuario, debido a la escasa formación de estos vendedores y a la mala práctica habitual de entregar las condiciones generales del contrato una vez que éste ya se ha firmado. Si a esto unimos que rara vez se informa de cómo debe actuar el usuario una vez producido el siniestro, tenemos aquí la fuente de muchos conflictos producidos entre asegurado y aseguradora.

El sector asegurador en España está avanzando muchísimo, pero a costa de abandonar en demasiadas ocasiones la transparencia, lo que hace imposible para el consumidor conseguir una buena información sobre las coberturas y rentabilidades de los distintos productos, que le permita elegir su seguro y su aseguradora.

Conocer con quién se contrata realmente

Dadas las formas de venta del seguro, al contratarlo, el usuario debe saber con quién contrata y a quién dirigirse, en caso de siniestro. Indefectiblemente, estará contratando con una compañía aseguradora, por ello debe conocer su domicilio y teléfono, así como la sucursal más cercana a su domicilio.

Conociendo estos datos, se debe comunicar directamente con la entidad aseguradora, pasando por alto la persona o lugar donde le han vendido el seguro. Así evita dar las muchas vueltas que se producen, si notificamos el siniestro al comercial de seguros o a la sucursal bancaria donde hemos firmado el seguro.

Sobre coberturas y condiciones del seguro

Frecuentemente, hay una disconformidad entre el usuario y la aseguradora sobre las coberturas y condiciones del seguro. Este problema surge precisamente por el desfase que se suele dar entre la firma del contrato o precontrato y la posterior remisión al usuario de un ejemplar completo del mismo. Habitualmente estas disconformidades surgen en el momento en que se produce el siniestro, fruto de una mala costumbre de no leer lo contenido en la póliza y de no saber que según la Ley de Contrato de Seguro (art. 8), lo que

rige es lo estipulado en el contrato a partir de un mes de la formalización del mismo.

Por lo tanto, disponemos de este plazo para subsanar los defectos que pueda contener, a nuestro juicio, la póliza (ya sean las coberturas o el mismo objeto del seguro), para lo que deberemos solicitar que se subsane el seguro por escrito, olvidándonos de la insegura práctica de presentar nuestras quejas verbalmente al propio comercial (su único interés es vender el seguro) y que, en consecuencia puede prometernos cosas que posteriormente no tengan ninguna validez ni puedan ser probadas. Todo lo que le prometan, que sea por escrito.

La notificación del siniestro

Suele ser problemática la cláusula por la que se exige que para cubrir un siniestro (tanto éste como su notificación), ocurran durante el periodo de vigencia del contrato. Esta cláusula es lesiva según el Tribunal Supremo y está prohibida por el Art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro, en base a que sólo es necesario que el siniestro se produzca durante la vigencia del contrato, aunque se notifique posteriormente. No obstante, es recomendable notificar los siniestros por escrito y de un modo en que quede reflejada la fecha de la notificación, para evitar que la aseguradora se ampare en que ésta se produjo fuera de plazo.

Los seguros de muerte o invalidez

En el seguro de vida para el caso de muerte, las reclamaciones surgen por dos motivos. En primer lugar, porque puede haber discrepancias sobre la declaración de salud realizada al principio del contrato, o en la renovación del mismo. En segundo lugar, las causas que provocaron el fallecimiento (o invalidez si hacemos extensivo el seguro a esta cobertura).

Por tanto, debemos exigir que la declaración de salud sea exhaustiva, y nunca debemos ocultar cuestiones como si se fuma o no, o problemas de salud surgidos con anterioridad.

Si se incluye la cobertura por invalidez, debe saberse que es la Invalidez Absoluta y Permanente, y no otra (es decir, aquella invalidez que impide realizar cualquier tipo de trabajo y sin posibilidad de recuperación). Además, la invalidez de este tipo debe ser declarada por los médicos de la Seguridad Social o por los de la Mutua Sanitaria que nos cubra la asistencia. El error, en estos casos, proviene de que los médicos suelen utilizar una terminología que puede llevar a confusión como es el caso de la Invalidez «Absoluta», que en lenguaje ordinario tiene un significado claro pero que no implica Invalidez «Total» salvo que tenga el carácter de «Permanente».

Los convenios entre aseguradoras

Entre las aseguradoras del automóvil existen una serie de convenios, como el CIDE y el ASCIDE, que consisten en que la propia aseguradora del usuario le paga la indemnización que debería pagar la ase-



guradora del otro particular con el que se ha tenido el siniestro, siempre y cuando no exceda de una determinada cuantía. Estos convenios generan desconfianza entre los usuarios y le confunden con respecto a, qué le garantiza su seguro del automóvil y a qué tiene derecho frente al otro conductor o la aseguradora de éste.

En este campo, las reclamaciones más habitual se produce cuando, teniendo un siniestro con otro automóvil con responsabilidad de este último, nuestra propia aseguradora, en virtud de esos convenios, nos propone el pago del valor venal de nuestro vehículo en lugar de la reparación del mismo (basándose en la cobertura de «Daños propios» de nuestro seguro, cuando lo que debe aplicarse no es lo que consta en nuestro seguro sino que se debe exigir la Responsabilidad Civil del otro vehículo).

La asistencia jurídica en reclamaciones a terceros

Otro aspecto objeto de reclamación, y que es la causa de la desconfianza provocada en los usuarios, ocurre cuando tenemos contratado un seguro de asistencia jurídica con nuestra aseguradora, y ante un determinado siniestro, se niega a reclamarlo judicial o extrajudicialmente, alegando falta de viabilidad, y a cambio nos ofrece la indemnización propuesta por la otra aseguradora que suele coincidir con el máximo al que están dispuestas a responsabilizarse las aseguradoras propias del perjudicado dentro de estos convenios.

En estos casos, debemos saber que el seguro de asistencia jurídica nos permite acudir a otro abogado, y será nuestra aseguradora la que deba cubrir sus honorarios.

Por otra parte, algo que no debemos permitir, es que en base a estos convenios, nuestra aseguradora nos adjudique siniestros que corresponden a terceros, independientemente de quien los pague, afectando a las posibles bonificaciones que tengamos en nuestro seguro.

Asegurar la casa es problemático

Dentro del seguro multirriesgo del hogar, el problemamás habitual reside en determinar la responsabilidad en los siniestros. En muchas ocasiones, nos encontraremos que nuestra propia Compañía, que nos promete seguridad para nuestro hogar, a la hora

de producirse un siniestro, y para evitar pagar, echa la culpa del mismo a la comunidad para que sea la póliza de ésta la que cubra los desperfectos producidos. Tenga o no razón, y vaya por delante que en la mayoría de los casos no la tiene, el único perjudicado resulta ser el asegurado que, ante un siniestro concreto, debe esperar al contencioso que, sin duda alguna, surgirá entre ambas Compañías.

Elegir el seguro adecuado:

Este es, sin duda, el ramo más problemático, aquel en el que se produce un mayor número de conflictos entre aseguradoras y sus clientes, debido a su propia naturaleza, puesto que más de un seguro llega a cumplir la función de un auténtico servicio de mantenimiento de nuestro hogar al que hay que acudir en innumerables ocasiones por los más diversos motivos. Estos seguros suelen englobar cinco ramos del seguro : Incendio, Robo, Agua, Cristales y Responsabilidad Civil, y se contratan en las modalidades ya indicadas (paquete, bloque o flexible). Para evitar reclamaciones de difícil solución a posteriori, se debe evitar contratar seguros que se solapen en la cobertura de riesgos: vale más un buen seguro que catorce malos, y debemos exigir el clausulado total de coberturas y exclusiones antes de la firma del contrato, y no conformarnos con un panfleto orientativo que no dice lo que queda excluido ni lo que no está incluido.

Sobreseguro e infraseguro

Además, y aunque haya que pagarlo, antes de contratar un seguro del hogar, conviene consultar con un perito que nos cuantifique el total de la indemnización que debemos contratar, para no incurrir en el «infraseguro» que provocaría que, llegado el siniestro, se nos pagarían la proporción entre la cuantía asegurada y el valor real de los daños (si aseguramos el contenido de una vivienda por 30.000 euros, y realmente vale 60.000, y si se nos quema sólo la cocina, valorada dentro del total de la casa, en 18.000, sólo nos pagarán 9.000 euros). Y también resulta conveniente acudir a un perito ajeno a la aseguradora cuando el siniestro que se produce es grave, para que su opinión conste frente a la del perito de la aseguradora, que no debemos olvidar que trabaja para la aseguradora y no para nosotros.



El incremento de las reclamaciones en los seguros

Estudio Equipo técnico ADICAE

2

Incremento de las reclamaciones en seguros

Las reclamaciones en el sector asegurador están disparándose, prueba evidente de que el sector no ofrece un adecuado servicio al cliente. Un estudio elaborado por nuestra asociación pone de manifiesto dónde se concentran los mayores problemas y servir de toque de atención para que las grandes aseguradoras cambien su estrategia. Todo ello en un marco en el que las compañías viven su peor momento.

Parece sospechoso que justo en el momento en que una crisis sin precedentes se halla instalada en el sector asegurador, el número de quejas de los clientes se muestra en aumento. Efectivamente, el riesgo en este sector ha aumentado progresivamente desde finales de los noventa-baste recordar el caso INTERCASER--. Tradicionalmente las aseguradoras invertían buena parte de su cartera en renta fija, pero la caída de los tipos de interés motivó que las grandes aseguradoras europeas llegaran a depositar más de un 30% de sus inversiones en renta variable, lo que ha hecho que queden más expuestas a los vaivenes del mercado. A ello debemos añadir la espiral bélica en Iraq que sin duda agravará esta situación y que puede comprometer la viabilidad de alguna compañía.

Los datos del seguro español

No obstante los datos de este sector en España son menos pesimistas. La política de inversiones tradicionalmente conservadora de las aseguradoras nacionales les ha permitido en cierta medida mantenerse al margen de la problemática de sus colegas del resto de países. En este sentido el beneficio de las aseguradoras españolas durante el año 2002 creció hasta un 13,5%. Por otro lado conviene no olvidar que ya durante ese año tuvieron que aprovisionar 800 millones de euros por la pérdida de valor de su cartera para cubrir el desfase entre la rentabilidad ofrecida a sus clientes y la realmente obtenida. En todo caso esto debe suponer para las compañías un serio toque de advertencia.

Parece evidente pues, una cierta relación entre esta crisis en el sector y un aumento en el reclamaciones. Este incremento en términos porcentuales es de un 88,57% entre el 2000 y el 2002. Las razones, reflejo de esos vaivenes en el mercado, serían dos principalmente:

Ha habido una pérdida de calidad del sector, envuelto en un proceso de reestructuración de costes, suprimiendo personal y plantilla; esto deja los puestos de relación con el público en manos de mediadores sin una cualificación profesional adecuada y exigible, que no asesoran debidamente al cliente,

ya que se ven impelidos a hacer pólizas como sea (apremiados por los departamentos comerciales de las aseguradoras) que en atender de forma profesional al cliente.

Así, no son infrecuentes las reclamaciones basadas en la "colocación de un plan de jubilación" a personas que realmente no pueden asegurar en el momento de contratarlo que no vayan a necesitar el dinero de los próximos años y, más grave aún, sin informarles de que el valor de rescate en dicho plan de jubilación no tenderá a igualarse como mínimo (y dadas las comisiones que la aseguradora deberá pagar los próximos años a su agente mediador, etc...) hasta pasados los siete primeros años. Ello ocasiona no pocas sorpresas. Por ejemplo, al solicitar el asegurado un rescate anticipado de la póliza antes del séptimo-octavo año, dependiendo de la compañía y del plan, siempre se encuentran con que no sólo no han ganado con su inversión, sino que la aseguradora les reintegra bastante menos dinero del que ellos han ingresado en su "Plan de Jubilación".

En segundo lugar, el otro factor al que aludíamos, que es complementario y no excluyente del anterior, se centra en el progresivo aumento de cultura financiera y en general consumerista, por parte de los asegurados, quienes ya no se conforman tan fácilmente con las parcas explicaciones que normalmente les dan en sus iniciales reclamaciones las aseguradoras, y eso cuando se las dan.

La actuación del servicio de reclamaciones

También llama la atención el escaso número de reclamaciones que, como media, terminan en la Dirección General de Seguros. En concreto, sólo una reclamación de las 67 presentadas en una compañía tipo, y ello pese a que aún existe casi un 36% de reclamaciones en las que el Defensor del Asegurado dictamina en sentido negativo a los intereses del asegurado.

En nuestra opinión, la explicación de este fenómeno se centra más bien en que la situación de colapso en que está inmersa la Dirección General de Seguros es bien conocida por los usuarios, asociaciones de consumidores, OMICS, etc... que informan cumplidamente a sus reclamantes. A este motivo se une la no menos conocida falta de ejecutividad de las resoluciones del Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros, determinan poderosamente la decisión hasta tal punto que normalmente los reclamantes desisten de espe-



rar 3 ó 4 años y optan bien por acudir a la vía judicial directamente, bien por asumir el "acuerdo a la baja" que les proponga la aseguradora en su caso, o bien finalmente por resignarse y desistir definitivamente de continuar con su reclamación, dando por perdido su caso.

Hemos constatado una importante reticencia en las aseguradoras a ser monitorizadas por sus usuarios, ya que en unos casos, han sido pocas las aseguradoras que han tenido a bien el remitirnos el cuestionario debidamente cumplimenta-

do, y en otras ocasiones en que nos hemos dirigido al Defensor del Asegurado, éste nos ha contestado que no podía darnos datos, remitiéndonos a tal fin a la Dirección de la respectiva aseguradora. No es una buena actitud que no tiene otro efecto que el de ratificarnos en nuestra conocida y tradicional crítica de las Asociaciones de Consumidores respecto de la falta de independencia y de miramientos con los consumidores que lamentablemente "hacen gala" algunos de estos "Defensores del Cliente".

CLASIFICACIÓN DE EXPEDIENTES DE RECLAMACIONES RESUELTOS EN 2001 ATENDIENDO A LA MATERIA OBJETO DE RECLAMACIÓN

MATERIA	NUMERO
Divergencia en la aplicación e interpretación De la póliza contratada	695
Aplicación del régimen de cláusulas limitativas del Artículo 3 LCS, en general, y en particular las cláusulas de rescisión post siniestro	135
Modificación del contrato, en especial subida de primas	238
Propuesta y solicitud de seguro, efectos retroactivos del contrato	82
Contenido mínimo del contrato de seguro	21
La declaración del riesgo: cuestionarios y declaraciones de salud Y vida	73
Agravación y disminución del riesgo durante la vigencia del Contrato	22
Fijación y pago de la prima, domiciliación bancaria	235
Declaración del siniestro, gastos de salvamento	52
Impago de la indemnización, pago del importe mínimo	770
Interés de demora	25
Requisitos para la oposición a la prórroga del contrato anual	133
Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro	25
Transmisión del objeto asegurado	16

El cuadro nos muestra como la materia que más problemas da es la distinta interpretación que de la póliza hacen compañía y asegurado lo que nos lleva a incidir una vez más en que el servicio inicial al cliente no es el correcto y el asegurado no es consciente de las coberturas "reales" que tiene con la contratación de la póliza.



El Consorcio de Compensación de Seguros: una garantía para el sector

Consorcio de Compensación de Seguros

Presentación

El Consorcio de Compensación de Seguros es un instrumento al servicio del sector asegurador español, plenamente integrado en el mismo, y que cuenta con una dilatada experiencia en el ámbito de las actividades que desarrolla.

Las actividades del Consorcio se enmarcan en las funciones aseguradoras y no aseguradoras que tiene legalmente encomendadas. Respecto de las primeras cabe destacar su carácter subsidiario, siendo su actuación, por lo general, la de un asegurador directo, en defecto de participación del mercado privado, y también la propia de un Fondo de Garantía, cuando se dan determinadas circunstancias de falta de seguro, insolvencia del asegurador, etc.

Trayectoria histórica

Aparte de los antecedentes que en los ámbitos del Seguro Obligatorio de Viajeros y del Seguro de Crédito a la Exportación se remontan a 1928, en 1941 se creó con carácter de provisionalidad, y para dar respuesta a las necesidades indemnizatorias originadas por la Guerra Civil (1936-1939), el Consorcio de Compensación de Riesgos de Motín. A partir de 1954 la iniciativa adquirió un carácter permanente y de proyección de futuro, configurándose lo que es hoy el Consorcio de Compensación de Seguros, no sin antes haber servido, circunstancialmente, para atender otros grandes siniestros: incendio de Santander, en febrero de 1941; incendio de Canfranc, en abril de 1944; incendio de Ferrol, en mayo de 1944; explosión de minas de la Marina en Cádiz, en agosto de 1947; explosión de polvorín en Alcalá de Henares, en septiembre de 1948.

Desde esa fecha el Consorcio aparece íntimamente ligado a la cobertura de los riesgos extraordinarios, como figura central de un sistema de indemnización por daños catastróficos único en el mundo. Pero en su trayectoria histórica iría asumiendo otros cometidos, como los relacionados con el Seguro de Crédito a la Exportación, el Seguro Agrario Combinado, el Seguro de R.C. de Automóviles de Suscripción Obligatoria, el Seguro Obligatorio de Viajeros, el Seguro Obligatorio del Cazador y el Seguro de R.C. de Riesgos Nucleares, en un elenco de actividades de carácter subsidiario y de fondo de garantía. Además, desde comienzos de 1998, su actividad se extiende también al campo de la R.C. Medioambiental, habiendo entrado a formar parte del Pool Español de Riesgos

Medioambientales. Finalmente, y por disposición de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, El Consorcio asume las funciones de liquidación de entidades aseguradoras que venía desempeñando la CLEA (Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras) Esencial, sin duda, y como consecuencia de la lógica y preceptiva adaptación a la normativa comunitaria, fue la transformación que representó la entrada en vigor en 1991 de su Estatuto Legal. A partir de ese momento el Consorcio, además de perder la exclusividad en la cobertura de los riesgos extraordinarios, dejó de ser Organismo Autónomo pasando a convertirse en Sociedad Estatal, para quedar enmarcado hoy día en la categoría de Entidad Pública Empresarial, tal como fue configurada por la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

Naturaleza jurídica y marco legal

El Consorcio de Compensación de Seguros es una entidad pública empresarial, adscrita al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar. En su actividad la entidad está sujeta al ordenamiento jurídico privado, lo que significa que el Consorcio ha de someterse en su actuación, al igual que el resto de las entidades de seguros privadas, a la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Su Estatuto Legal fue aprobado por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, y modificado por la citada Ley 30/1995 y por la Ley 44/2002, de 22 de diciembre, de medidas de reforma del sistema financiero.

Patrimonio del Consorcio

El Consorcio de Compensación de Seguros tiene un patrimonio propio y distinto al del Estado. Sus ingresos lo constituyen sus primas, sus recargos y el producto de sus inversiones, y, como cualquier otra entidad aseguradora, constituye las correspondientes Provisiones Técnicas y mantiene un margen de Solvencia.

El Consorcio cuenta entre sus activos con un importante patrimonio inmobiliario, integrado, en su mayor parte, por edificios de Madrid y Barcelona destinados a uso de oficinas. La estrategia inversora de la Entidad se orienta a la adquisición de



inmuebles de la máxima calidad y representatividad en zonas de primer orden, y a su arrendamiento a grandes clientes institucionales públicos y privados.

Gestión

Aunque la organización práctica de su actividad es compleja, sus principios básicos son fundamentalmente dos: una alta capacidad financiera y una gestión muy especializada que tenga en cuenta las particularidades propias de los campos en los que actúa.

Aun tratándose de un organismo vinculado al Sector Público, la especial naturaleza jurídica del Consorcio le permite seguir en su administración y en su gestión financiera los mismos criterios de eficacia operativa de cualquier organización privada que se desenvuelva en el sector asegurador, con un elevado grado de mecanización y de integración de todos sus procesos, y con unos costes de gestión muy reducidos, que se sitúan en torno al 4% de sus ingresos por primas.

Organización y estructura

El Consorcio cuenta con una estructura racionalizada con base en la descentralización, que se concreta en sus 18 delegaciones regionales y en una red de profesionales independientes designados para peritar los siniestros. Un Consejo de Administración, la mitad de cuyos miembros son directivos de las Entidades aseguradoras privadas más importantes del mercado español, tiene encomendada la alta administración de la Sociedad, mientras que el funcionamiento operativo corre a cargo de los órganos de Dirección, estructurados fundamentalmente en la Dirección General y en las Direcciones de ella dependientes: Dirección Financiera, Dirección de Operaciones, Dirección Técnica y de Reaseguro, Dirección de Sistemas y Tecnologías de la Información, y Secretaría General.

FUNCIONES NO ASEGURADORAS

Riesgos Extraordinarios

El Consorcio compensa los daños producidos a las personas y en los bienes por determinados fenómenos de la naturaleza (inundaciones, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, tempestades de determinada intensidad, caída de cuerpos siderales y aerolitos) y por algunos he-

chos derivados de determinados comportamientos de incidencia política o social (terrorismo, rebelión, motín, sedición, tumulto popular y actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz), a condición de tener suscrita una póliza en alguno o algunos de los ramos respecto de los que la legislación vigente establece la obligación de incluir en sus correspondientes coberturas la garantía de estos riesgos.

Marco normativo

El marco jurídico de la cobertura de los denominados "Riesgos Extraordinarios" en España está en la actualidad presidido por el Estatuto Legal del Consorcio, aprobado por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, y modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como por la Ley 44/2002, de 22 de diciembre, de medidas de reforma del sistema financiero.

Los términos en que se efectúa la cobertura por el Consorcio están desarrollados en la actualidad en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, en el que se definen cada uno de los riesgos cubiertos, los daños indemnizables y el alcance de la cobertura. Esta norma constituye lo que podría denominarse las "Condiciones Generales" que deberán ser aplicadas por el Consorcio -teniendo en cuenta las modificaciones introducidas por su Estatuto- en la cobertura de estos riesgos, y representa la protección que, como mínimo, debe tener el asegurado.

Función y Objetivo

Es cometido del Consorcio satisfacer las indemnizaciones derivadas de siniestros extraordinarios a los asegurados que, habiendo pagado los correspondientes recargos en su favor, no tengan amparado el riesgo extraordinario de que se trate por póliza de seguro contratada con una compañía del mercado, o que, habiendo contratado ésta, la entidad aseguradora no pudiera hacer frente a sus obligaciones indemnizatorias por encontrarse en quiebra, suspensión de pagos o proceso de liquidación.

El objetivo del Consorcio es indemnizar, en régimen de compensación, y en los supuestos citados, los siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que causen daños en las personas y en los bienes en ella situados.



Riesgos cubiertos

Es característica del sistema español definir los riesgos catastróficos que cubre en consideración al enorme potencial de pérdidas que son susceptibles de generar, pero sin condicionar la protección a que se produzcan eventos que afecten a un número muy elevado de asegurados o a una extensión territorial muy amplia, ni a que ocasionen daños muy cuantiosos que permitan calificar el evento de "catástrofe". Es posible que el siniestro afecte sólo a un asegurado, teniendo pleno derecho a la indemnización, la cual, por lo tanto, no requiere que por parte de los poderes públicos se emita una declaración oficial de "catástrofe" o de "zona catastrófica". La cobertura es automática una vez ocurrido alguno de los eventos garantizados, que son los siguientes:

a. Fenómenos de la naturaleza: inundaciones extraordinarias, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos. El riesgo que más daños produce en España es el de inundación, y, a efectos de cobertura, se entiende por tal la que procede de aguas de escorrentía de lluvias o deshielo; desbordamiento del mar, lagos o ríos; y embates de mar en la superficie terrestre. No quedan comprendidos bajo este concepto los daños producidos por: acción directa de la lluvia; rotura de presas, canales o alcantarillas, salvo que la rotura se haya producido como consecuencia directa de la inundación; goteras, filtraciones o humedades.

b. Riesgos derivados de comportamientos de incidencia política o social: actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular, así como los hechos o actuaciones de las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado.

El Seguro de Automóviles de Suscripción Obligatoria

El Consorcio, en el ámbito del seguro de responsabilidad civil de automóviles, y por lo que a seguro directo se refiere, asume la cobertura obligatoria de los vehículos a motor no aceptados por las entidades aseguradoras, así como la de los vehículos a motor del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Organismos Públicos que lo soliciten. Respecto de todos los vehículos citados la Ley ofrece la posibilidad de que el Consorcio asuma cobertura por encima de los límites del seguro obligatorio. Y en cuanto a cobertura subsidiaria, el Consorcio indemnizará los daños en los supuestos de vehículo causante desconocido, sin seguro o robado; o en casos en que la Entidad aseguradora hubiera sido declarada en quiebra, en suspensión de pagos o se encontrara en situación de insolvencia con liquidación intervenida o asumida por el propio Consorcio. En determinados supuestos, también reembolsará las indemnizaciones satisfechas a los perjudicados residentes en otros Estados del Espacio Económico Eu-

ropeo por los respectivos organismos de indemnización.

Además, el Consorcio está encargado de la gestión del Fichero Informativo de Vehículos Asegurados (FIVA), aparte de actuar como Organismo de Información en los supuestos de siniestros ocurridos en un Estado distinto al de residencia del perjudicado.

Antecedentes

La Ley 122/1962, de 24 de diciembre, de Uso y Circulación de Vehículos de Motor, determinó la creación en España del Seguro Obligatorio de Automóviles, con la finalidad de satisfacer una necesidad social altamente sentida en aquella época: la de proteger a las víctimas por hechos de la circulación, asegurándoles la asistencia sanitaria y una indemnización que, hasta el límite que se estableciera, correría por cuenta del asegurador del vehículo causante. Precisamente, el hacer obligatoria la cobertura pretendía que todo responsable de accidente de circulación pudiera hacer frente, a través del seguro, a su obligación de reparar el daño causado.

Para salir al paso de incidencias y circunstancias que dejaran en precario el cumplimiento de esos objetivos (por vehículo causante desconocido, o no asegurado, o robado, etc.) se ideó un instrumento que, subsidiariamente, tenía por fin garantizar el auxilio a las víctimas en tales supuestos. En un primer momento este instrumento fue el Fondo Nacional de Garantía de Riesgos de la Circulación, creado por la propia Ley 122/1962, y que fue absorbido, a partir del 1 de enero de 1982, por el Consorcio de Compensación de Seguros, en virtud del Real Decreto 2878/1981, de 13 de noviembre.

El objetivo de proteger a las víctimas por accidentes ocurridos en el Espacio Económico Europeo, ha hecho evolucionar este tipo de cobertura, siguiendo las Directivas comunitarias correspondientes. El último desarrollo en este sentido lo aporta la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, que además abre la posibilidad de que el Consorcio ofrezca cobertura, superando los límites del seguro obligatorio, a los particulares, como ya lo venía haciendo a los vehículos oficiales.

Marco normativo

En el contexto del Seguro del Automóvil las funciones del Consorcio de Compensación de Seguros vienen establecidas en su ESTATUTO LEGAL aprobado por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, y posteriormente por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero; en la LEY sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, en la nueva redacción que a la misma dio la citada



Ley 30/1995, y que más tarde sufrió modificaciones por la citada Ley 44/2002; y en el REGLAMENTO sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto 7/2001, de 12 de enero.

Seguros Agrarios combinados e Incendios forestales

La ley 87/1978 establece el actual sistema de los Seguros Agrarios Combinados. Su Reglamento de aplicación se promulga en el ejercicio siguiente y en 1980 se aprueba el primer Plan Anual de Seguros Agrarios Combinados.

Se trata de un seguro de suscripción voluntaria para el agricultor, aunque si opta por asegurar, debe asegurar todas las producciones de igual clase que posea.

La cobertura de los riesgos se encomienda a las Entidades Aseguradoras que, a estos efectos, se agrupan en un "pool": la Agrupación de Entidades Aseguradoras de Seguros Agrarios Combinados S.A. (Agroseguro) que es la sociedad encargada de la gestión del sistema.

El Estado tiene una fuerte intervención en este ramo: apoya, controla, fomenta este seguro y fija anualmente las producciones a asegurar así como los riesgos a cubrir. Desde su nacimiento, el Seguro Agrario Combinado se ha configurado como un instrumento de ordenación agraria.

Los asegurados, a través de sus órganos de representación, desempeñan con su participación un importante papel.

El principio de solidaridad - elemento básico del seguro- adquiere en esta actividad una especial relevancia.

El alto nivel del riesgo que se asume a través de las distintas garantías que se ofertan, hace necesaria la protección del conjunto del sistema por un reaseguro público que garantice el buen funcionamiento y la continuidad de este seguro.

Los Seguros Agrarios Combinados han experimentado desde su creación un paulatino desarrollo y su penetración en el mercado es cada vez mayor. Al propio tiempo, se han ido introduciendo mejoras en el sistema que han conllevado una reducción general de los costes para el asegurado y, de igual modo, una mayor adecuación del seguro a las necesidades de los productores agrarios.

Tanto en su papel coasegurador como en el de reasegurador del sistema, el Consorcio de Compensación de Seguros ha desempeñado, desde

el comienzo de los Seguros Agrarios Combinados, un importante papel. En la actualidad su función como coasegurador ha perdido relevancia siendo el reaseguro su misión fundamental.

Riesgos Medioambientales

Desde el 1 de enero de 1998 el Consorcio está integrado en el Pool Español de Riesgos Medioambientales (www.perm.es), agrupación de interés económico que inició sus actividades en enero de 1995. Este pool ofrece, en régimen de reaseguro, cobertura para los daños y perjuicios causados por contaminación que, en cualquier caso, habrá de producirse de forma accidental y aleatoria.

La participación del Consorcio en el pool para el año 2003 es del 4,3106 %, siendo su retención máxima de 500.000 euros.

En el ejercicio 2001, según se recoge en el Informe Anual del Consorcio, las primas devengadas correspondientes a esta cobertura ascendieron a 46.278 euros, mientras que las prestaciones y gastos pagados fueron de 2.404 euros. En ese ejercicio la participación del Consorcio en el pool fue del 3,4622% y su retención máxima 360.607,26 euros.

Cazador y viajeros

A las funciones aseguradoras descritas en otros apartados habría que añadir otros cometidos en el ámbito de los seguros de suscripción obligatoria del Cazador y de Viajeros, tanto como asegurador directo (solicitudes rechazadas por otras compañías) como de Fondo de Garantía, en términos similares al seguro de responsabilidad civil del automóvil (los recargos y su liquidación al Consorcio).

FUNCIONES NO ASEGURADORAS

1. Actividad Liquidadora

Actividad liquidadora del Consorcio. Sus funciones

Las funciones que la ley encomendaba a la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras (CLEA) han sido asumidas por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a la ley 44/2002 de 22 de Noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero (B.O.E. 23-XI-2002). Consisten fundamentalmente en asumir la liqui-



dación de entidades aseguradoras cuando le sean encomendadas por el Ministro de Economía o, en su caso, por el órgano competente de la respectiva autoridad autonómica. También actúa como Interventor único en los procedimientos de Suspensión de Pagos y como Comisario, Síndico y Depositario en los de quiebra.

Cómo se liquida. Fases

Se desarrolla el proceso de liquidación conforme a lo que establece la Ley 30/1995 según el siguiente esquema:

Fase I. Duración máxima de 9 meses.

- Se inicia con la toma de posesión de la entidad. Incluye el cierre de las sucursales y la fijación de la sede de la liquidación.

- Se negocia el expediente de despido colectivo, estableciendo el número de personas necesarias para el desarrollo de la liquidación, procediéndose a la regulación de empleo del resto de la plantilla.

- Se publican anuncios en prensa y se remiten cartas a los asegurados informando de la liquidación especialmente, si se ha decretado el vencimiento anticipado de los contratos.

- Se abre el plazo para la presentación de las reclamaciones de los acreedores.

- Recepción de dichas reclamaciones.

- Se inventarían los bienes y se recoge la documentación social.

- Se formula el balance provisional que incluye los beneficios previstos en la Ley, conforme al cual el Consejo de Administración del CCS aprueba el porcentaje a abonar a los acreedores por contrato de seguro.

Fase II. Duración entre 2 a 3 años, dependiendo del volumen y de los ramos en los que operaba la compañía en liquidación.

Durante ese tiempo el CCS adquiere los créditos a los acreedores por contrato de seguro conforme se vayan completando los expedientes y en el porcentaje que el Consejo de Administración haya aprobado. Asimismo se enajenan los activos de la compañía y se interponen, en su caso, las acciones judiciales necesarias para exigir las responsabilidades a que hubiera habido lugar y para reintegrar al activo los bienes de la misma.

Fase III. Duración mínima de ejecución del plan de liquidación (pagos a los acreedores) en un solo periodo: 6 meses. Duración de ejecución del plan de liquidación (pagos a los acreedores) en dos periodos: indeterminada.

La ejecución del plan de liquidación se produce en dos periodos, cuando encontrándose pendientes acciones judiciales para no perjudicar a los acreedores, se procede al pago del efectivo existente en el primer periodo, esperándose a repartir en el segundo, lo que se obtenga de dichas acciones judiciales pendientes.

Se inicia con la celebración de la Junta de Acreedores que aprueba el plan de liquidación. Una vez ratificado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, se abona a los acreedores sus créditos en el porcentaje que haya correspondido según el activo y pasivo de la entidad. Posteriormente se publica el balance final y se extingue la compañía en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y en el Registro Mercantil.

Adquisición de créditos

¿Qué es la compra de créditos? Se trata de una medida de protección a los acreedores por contrato de seguro que mejora sustancialmente su posición respecto al resto de acreedores y que se concreta en los siguientes puntos:

- c. El pago se realiza anticipadamente por el CCS sin tener que esperar al final de la liquidación.

- d. El porcentaje a pagar es mayor del que resultará de la liquidación.

- e. Los créditos que se adquieren por el Consorcio son los derivados de siniestros, rescates en seguros de vida así como la prima no consumida como consecuencia del vencimiento anticipado de los contratos.

2. Seguro de Crédito a la Exportación

El Consorcio administra los fondos del Seguro de Crédito a la Exportación por cuenta del Estado, cuya gestión está encomendada a la Compañía Española de Seguros de Crédito a la Exportación, S.A. (CESCE).

3. Prevención

Tal como determina su Estatuto Legal, el Consorcio tiene entre sus cometidos el relativo a la elaboración de planes y programas de prevención y reducción de siniestros y desarrollarlos a través de las correspondientes campañas y medidas preventivas. En el ámbito de las catástrofes naturales el Consorcio dedica especial atención al fomento y apoyo del estudio e investigación de los fenómenos naturales (atmosféricos y geológicos) y de los efectos catastróficos que producen, como soporte y estímulo de las estrategias adecuadas de prevención.

